

Funktionelle Störungen: Ist eine medikamentöse Therapie sinnvoll?

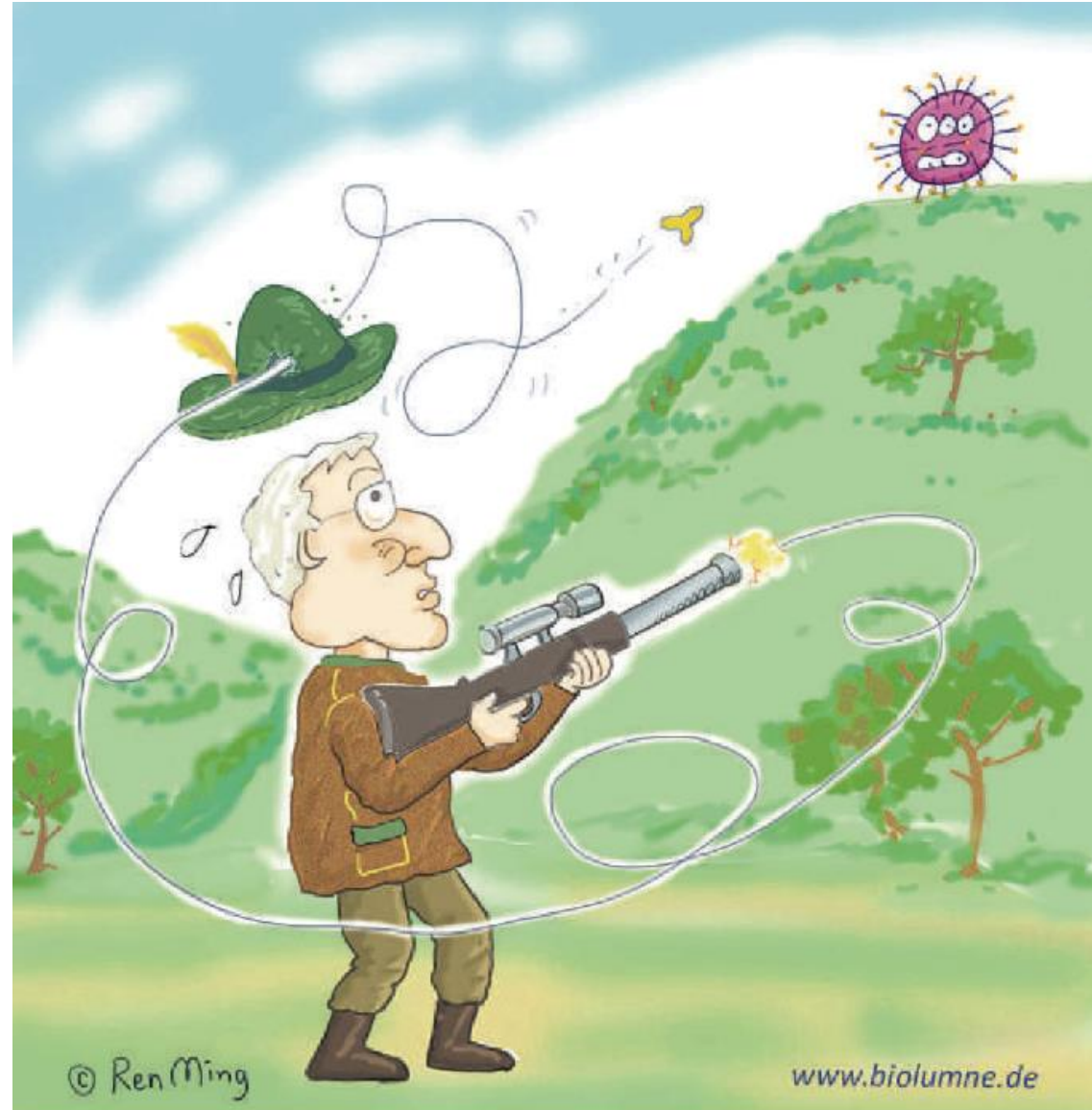
Quadrimed Montana 26.1.2024



Dr. med. Esther Hindermann

FMH Innere Medizin, Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP

Gibt es das magic bullet?



CARTOON: CHOW MING

Agenda

- Was sind funktionelle Störungen?
- Abgrenzung von andern psychischen Störungen
- Medikamentöse Therapie von funktionellen Störungen: Guidelines und Erfahrungen
- Fallbeispiele
- Sonderfall Reizdarmsyndrom
- Take Home Message

Was haben Patienten mit körperlichen Beschwerden?

Eine somatische Erkrankung:

- Mit psychischer Komorbidität

Eine psychische Erkrankung mit körperlichen Symptomen:

- Depressionen ICD 10 F 32-34
- Angsterkrankungen ICD 10 F 40/41
- Posttraumatische Belastungsstörungen ICD10 F43

Eine psychische Erkrankung mit überwiegend körperlichen Symptomen:

- Somatoforme Störung ICD10 F 45
- Hypochondrische Störung
- Dissoziative Störung ICD10 F 44
- Neurasthenie/Erschöpfung ICD10 F 45

Keine Krankheit

Einige Zahlen zur Häufigkeit von psychischen Störungen

Praevalenz (1Jahr) von depressiven Störungen: BRD 8,8% (18-65j)

Praevalenz (1Jahr) von Angststörungen: 14% (Wittchen 2011)

50% werden erkannt und behandelt

30% der Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen

20% der Patienten auf internistischen/neurologischen Abteilungen

Langzeitprävalenz von posttraumatischen Störungen: 1,5-2%

80% Komorbidität mit Depressionen / Angststörungen / Sucht

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

In der Allg. Inneren Medizin seit je her unter verschiedenen Namen bekannt:

Vegetative Dystonie

MUS Medically Unexplained Symptoms

Psychiatrie: ICD 10: Somatoforme Störungen. F 45.../ Somatische Kapitel

ICD 11: Bodily distress disorder 6C

chronische primäre Schmerzen MG 30

in somatischen Kapiteln

ab 1/2022, Uebergangszeit 5 Jahre

DSM V: Somatische Belastungsstörung

Allgemeine Innere Medizin

ICD-10 K58

- Reizdarmsyndrom / Reizmagen

ICD-10 G93.3

- Chronische Müdigkeit CFS

ICD-10 M79.7

- Atypische Brustschmerzen

- MKP (Mitralklappenprolaps)

- Hyperventilationssyndrom

- Post-Lyme (Borreliose)- Syndrom

Neurologie

ICD-10 G44.2

- (Spannungs-)Kopfschmerz

- Atypischer Gesichtsschmerz

- nicht- epileptische Anfälle

ICD-10 R42

- Schwindel

- Psychogene Wahrnehmungs- und
Bewegungsstörungen

Rheumatologie /

Orthopädie /

Schmerzmedizin

ICD-10 M79

- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen (Schleudertrauma)
- Fibromyalgie / Ganzkörperschmerzen
- Chronische Schmerzen n. Unfall oder OP

Gynäkologie

- Chronische Unterbauchschmerzen
(chr. Pelvic Pain Syndrom)
- Vulvodynie / chr. Pruritus / Ausfluss
- Dysmenorrhoe

Urologie

- psychogene Miktionsstörungen
(Harnverhalt, Reizblase...)
- rezidivierende Urethrozystitis (♀)
- chron. Beckenschmerzen / Prostatodynie,
- chron. Prostatitis (♂)

ORL

- Tinnitus
- (psychogener) Schwindel
- Aphonie / Globus / Gefühl
Räusperzwang
- Schluckbeschwerden / Würgereiz
(- körperdysmorphe Störung)

Zahn

/ Kieferheilkunde

- Zungenbrennen
- Bruxismus / Kraniomandibuläre Dysfunktion
- „Prothesenunverträglichkeit“
- Geschmacksstörungen / Mundtrockenheit
- Amalgam-Syndrom
- chron. Zahn-/Kieferschmerzen

Dermatologie/

Allergologie/

Umweltmedizin

- Pseudoallergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS)
- somatoformer Juckreiz (pruritus sine materia)
- Elektrounverträglichkeit

Epidemiologie

Nicht spezifische funktionelle / somatoforme Körperbeschwerden sind häufig:

4-10% der Bevölkerung

20% in der hausärztlichen Praxis

Bis 50% in spezialärztlichem Setting, z.B. Spitalambulanzen (z.B. für Gastroenterologie)

Bis 70% In der psychosomatischen / psychiatrischen / psychotherap. Versorgung

♀:♂ 1,5-3 : 1

- Auftreten bei Patienten jeder Schicht und jeden Bildungsgrades in allen Kulturen (unterschiedlicher Ausdruck)
- chronische Schmerzsyndrome häufiger bei niedrigem soziokulturellem Status, mit häufiger ungünstigen Verläufen
- Ethnische Minderheiten / Flüchtlinge / Migranten häufiger betroffen
- Behandlung:
 - Dauer bis zur Aufnahme einer spez. Therapie: 3-5 Jahre
 - nur ca. 40% der Patienten mit schweren Verläufen werden störungsspezifisch behandelt
 - unterbehandelt sind vor allem Männer / ältere Menschen / Migranten
- Hospitalisationsrate (BRD 2011):

ICD-10 F45	43	v. 100.000
ICD-10 F32/33	231	v. 100.000
ICD-10 F40/41	28	v. 100.000

Aetiologie nicht-spezifischer funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden

Mehrere schlüssige Modelle, keines bewiesen

Multifaktoriell, komplexe Wechselwirkungen verschiedener biologischer, psychosozialer, iatrogener/medizinsystemischer und soziokultureller Faktoren

Auslöser: sehr oft Konflikte und Belastungen: Stresssituationen

Medizinisches System:

- Oft einseitig somatisches Vorgehen
- Verunsichernde Bewertung von Symptomen und Befunden, Bagatellisierung
- Verwendung von unklaren Begriffen
- Teilweise einseitig Psychologisierung und Psychiatrisierung der Beschwerden
- Die Kommunikation ist anspruchsvoll und braucht Zeit: „schwierige Patienten“

Somatoforme Störungen

Definition somatoforme Störungen:

Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperlichen Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmass der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Definition Somatisierung

Deskriptiv: Eine Tendenz, körperliche Missempfindungen und Symptome, die nicht auf pathologische Befunde zurück zu führen sind, einer körperlicher Krankheit zuzuschreiben und dafür medizinische Hilfe einzufordern (Lipowski 1988).

Ätiologisch: Ein Abwehrmechanismus, der die Umwandlung von seelischen Konflikten und Belastungen in Organerkrankungen erlaubt (Crombez 2009).

Chronische Schmerzen:

• Nomenklatur: ICD-10 F45.1 ungeeignet

• ICD 11: Chronic primary pain

chronic
widespread pain
- Fibromyalgie

CRPS
(complex reg.
pain syndrome
Typ I+II

chron. primärer
Kopfschmerz
orofazialer
Schmerz

chron. primärer
viszeraler
Schmerz

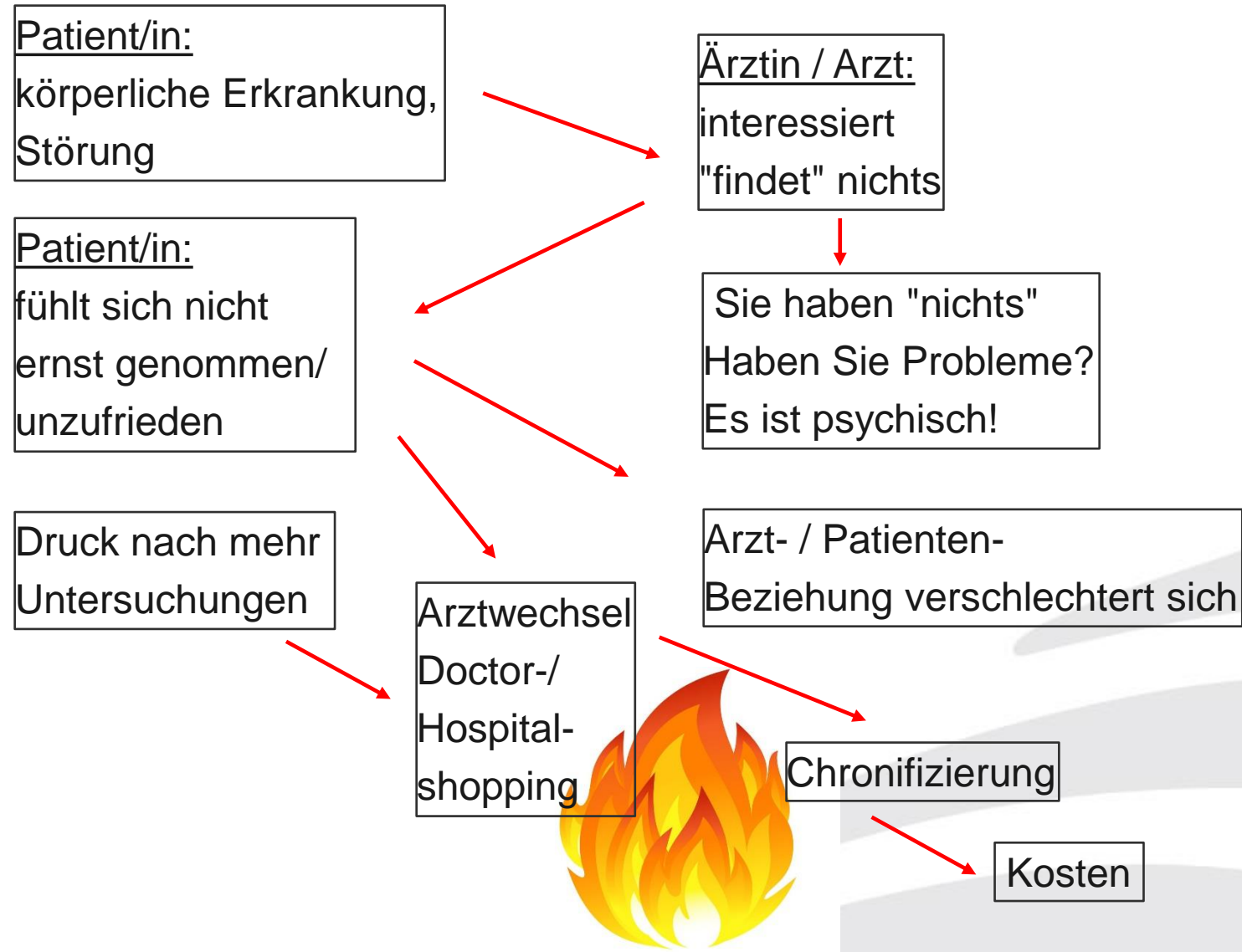
chron. primärer
muskuloskelettaler
Schmerz
(ausser orofazial)

Chronic secondary pain

- Tumorbedingt
- postoperativ / traumatisch
- neuropathisch
- sekundärer Kopfschmerz / orofazialer Schmerz
- sekundär viszeral
- sekundär muskuloskelettal

Psychosomatische Medizin

Kommunikation



Aufgaben des Arztes / der Ärztin (n. G. Maio)

Zuhören – Sammeln der Information(en)

Kontext



Reflexion – Fachwissen

∅ objektivierbares Situationswissen



"Verstehensarbeit"



Handeln – Situationsangepasstes Handeln

- Selbstbegrenzung

- Aushalten der Restunsicherheit

Stressbedingte Erkrankungen

"Entspann Dich Deutschland"

Techniker Krankenkasse Gesundheitsreport 2016 BRD


N = 1200 > 18 Jahren

gestresst	häufig	23%
	manchmal	38%
	nie	14%


Ursachen:

1. Arbeit
2. Hohe Ansprüche an sich
3. Zu viele Termine /
4. Verpflichtungen in der Freizeit
5. Verkehr
6. Ständige Erreichbarkeit
7. Konflikte
8. Mehrfachbelastungen

Alter – und Stressursache

- 18 – 29 J. Beruf
- 30 – 39 J. Kinder / Mehrfachbelastung
- 40 – 49 J. Konflikte
- 50 – 59 J. Krankheit
- 60 – 69 J. Pflege von kranken Angehörigen
- > 70 J. 

Stressbedingte Beschwerden

54%	Muskelverspannung / Rückenschmerzen
31%	Erschöpfung
30%	Schlafstörungen
25%	Kopfschmerzen / Migräne
25%	Nervosität / Gereiztheit
25%	BD  / Herzbeschwerden
14%	Tinnitus
13%	Depression / Niedergeschlagenheit
12%	Atemnot / Magenbeschwerden
5 %	Ängste
20%	Nichts!

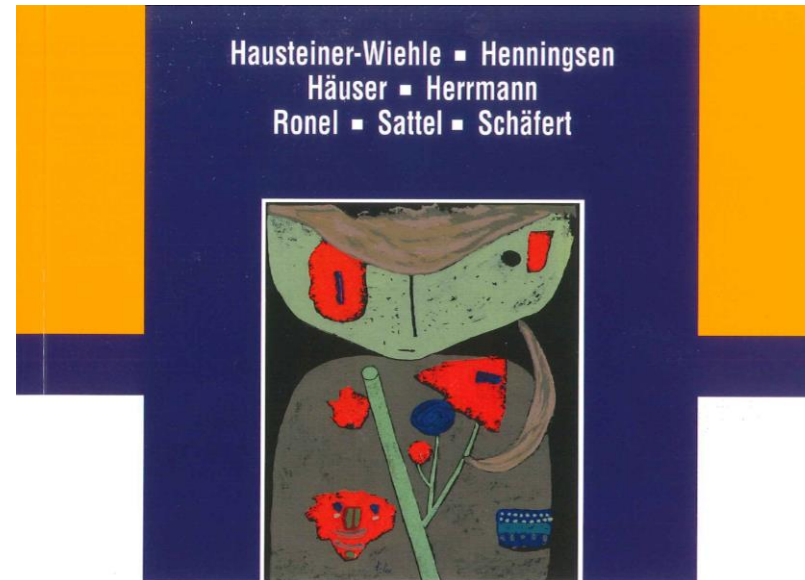
Fallbeispiel 1

Pat. ♀ 32j., verheiratet, 3 Kinder

- vom behandelnden Chiropraktiker wegen chronischen Schmerzen / ausgeprägter Verspannung der Muskulatur zugewiesen
- chronische Schmerzen (initial Kopf – Nacken), seit Schulalter ohne klare Ursache
- aktuell schmerzen Kopf / Nacken / Hände / Füße / Bauch
- zusätzlich: rezidivierende Magendarmbeschwerden, Obstipation
- körperliche Aktivität: Haushalt / Putzen (Hausabwartin) / Zumba 1-2x pro Woche

Bisherige Therapie

- Analgetika (Überkonsum): Paracetamol bis 6x 1g/ Tag
Ponstan bis 6x 500mg/ Tag
- Neuraltherapie Hausarzt 1-2x pro Woche
- alle 1 – 2 Wochen Mobilisation der HWS (Chiroprakter)
- 1x pro Woche Spezialtherapie Zürich
- Neu: Beckenbodenentspannungstherapie für Reizdarm / Obstipation



Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien
und Patientenleitlinie

 Schattauer

Hilfreiche Strategien in der Grundversorgung

- Interesse am Patienten und seiner Störung
- den Patienten gründlich untersuchen
- wenn keine klare somatische Störung vermutet wird → von Anfang an Doppelstrategie fahren

Somatisch

- Differentialdiagnose
- Abklärungsplan besprechen (red flags)
- Befunde besprechen
- Psychoedukation

Psychisch

- vollständige Anamnese einholen
- psychosoziale Anamnese erheben (yellow flags)
- Berichte anfordern
- keine vorschnelle Deutung

Beruhigung
Commitment einholen, gemeinsam
Krankheitskonzept "sowohl als auch"

Behandlungsmöglichkeiten für Psychosomatische Störungen

in der allgemeinen Internistischen Praxis

- gründliche, vollständige somatische Anamnese
- körperliche Untersuchung
- Berichte einholen
- erweiterte psychosoziale Anamnese / Tagesablauf
- notwendige Zusatzuntersuchungen → red flags / yellow flags
- was will der Patient? Die Ursache der Behandlung kennen? Eine wirksame Therapie?

Behandlungsmöglichkeiten für Psychosomatische Störungen

in der allgemeinen Internistischen Praxis: Behandlungskonzept erstellen und gemeinsam absprechen

- Krankheitskonzept entwickeln
- Psychoedukation, Wissensvermittlung / Zeichnen / Internet / Bücher / Broschüren / Selbsthilfegruppen
- Medikamentöse Therapien evaluieren und anpassen (Analgetica)
- watchful waiting: regelmässige Verlaufsuntersuchungen inkl. körperliche Untersuchung
- "kleine" Psychotherapie: Angst / Depression suchen // Verhaltensänderung (Essen / Schlaf / Selbstfürsorge / Sport / Spazieren / Ruhephasen)
- körperliche Leistungsfähigkeit verbessern
- Entspannungsmethoden / Körperwahrnehmung / Physiotherapie / Atemtherapie / Achtsamkeit etc. vermitteln
- eventuell Angehörige einbeziehen
- Psychopharmaka: bei gesicherter Indikation und persönlicher Erfahrung, Benzodiazepine vermeiden, symptomatische med. Therapien
- eventuell alternativ-medizinische Verfahren

Weiteres Vorgehen

- Tages / Wochenablauf erfragen
- anamnestisch Phasen von Erschöpfung / Bettlägrigkeit
- kann sich untertags nicht hinsetzen
- Spannungsprotokoll über 2 Wochen
- Körperwahrnehmungs- und Atemübungen in der Stunde, kurz (< 5min)
- Konsultation 1x alle 4 Wochen
- im Falle eines erneuten Zusammenbruches: psychosomatische Hospitalisation

Medikamentöse Behandlung gemäss S3 Leitlinie

Empfehlung 111 a

Bei schwerer verlaufenden schmerz-dominanten nicht -spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (zum Bsp. Fibromyalgie-Syndrom) mit und ohne begleitendes depressives Syndrom sind Antidepressiva verschiedener Wirkklassen moderat wirksam und können im Rahmen eines individuellen Gesamtbehandlungsplans gegeben werden.

Empfehlung 111 b

Bei schwer verlaufenden nicht schmerzdominanten Körperbeschwerden sollte eine zusätzliche, zeitlich begrenzte Gabe von Antidepressiva nur bei relevanter psychischer Komorbidität erfolgen.

Medikamentöse Behandlung gemäss S3 Richtlinie

Statement 112:

Anxiolytica, Hypnotica, Tranquilizer oder Neuroleptica sollten beiKörperbeschwerden ohne entsprechende Komorbidität nicht gegeben werden. Es gibt derzeit keine ausreichende Evidenz für Wirkung bzw. Wirkungsvorteile dieser Substanzklassen bei diesen Beschwerden, allerdings eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen.

Empfehlung 129 a

Bei schwer verlaufenden schmerzdominantenKörperbeschwerden soll – unabhängig von einer psychischen Komorbidität .- eine zusätzliche zeitlich befristete Gabe von Antidepressiva erfolgen. Es gibt allerdings keine ausreichende Datenlage für deren Langzeitwirkung bzw. für die differentielle Wirksamkeit einzelner Antidepressiva Typen

S3 Empfehlung 137: Folgende Fehler bei der Pharmakotherapie sollten vermieden werden:

Verordnung von Medikamenten ausserhalb eines Gesamtbehandlungsplans

Schmerzkontingenter Medikamenteneinsatz “nach Bedarf“ (Analgetica)

Befördern von Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit durch unkritisches Verschreibungsverhalten (Opioide, Benzodiazepine)

Verordnung von Neuroleptica (Wochen/Aufbauspritze)

Alleinige und längerdauernde Verordnung von Psychopharmaka ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung

Empfehlungen für Patienten: Was sind geeignete Behandlungen: S3 Richtlinie

Wenn Sie hauptsächlich unter Schmerzen leiden (z. Bsp. Beim Fibromyalgiesyndrom) soll ein Behandlungsversuch mit Antidepressiva gemacht werden, und zwar ganz unabhängig davon, ob Sie zusätzlich unter Depressionen leiden....

Andere „Psychopharmaka“, also Medikamente, die vor allem auf die Psyche wirken (wie angstlösende und beruhigende Mittel, Antipsychotika oder Opioide) sollten Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden nur in absoluten Ausnahmefällen einnehmen, da keine positive Wirkung auf die Körperbeschwerden gezeigt werden konnte, es aber eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen gibt.....

Fallbeispiel 2

- 19- jähriger Mann, kurz nach Lehrabschluss, zugewiesen wegen Übelkeit / Erbrechen, gastroenterologische Abklärungen unauffällig
- Symptomatik tritt bei Arbeit am Schalter auf und auf der Fahrt zu Weiterbildungen im Auto von Kollegen
- Diagnose: ICD-10 F45.31 DD Angststörung
Konflikt: Autonomie – Abhängigkeit (Angstäquivalent)
- Therapie: kognitive Verhaltenstherapie unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur
- ☒ AUF, symptomatische Therapie in Reserve

Psychopharmakatherapie bei funktionellen Störungen

Voraussetzungen bei Therapierenden

Medikamentöse Therapie im Rahmen eines Behandlungskonzepts einsetzen

Kenntnisse der und Erfahrung mit den einzelnen Medikamenten

Wissen über den einzelnen Betroffenen (bisherige Erfahrungen, Einstellung)

gute Vorbereitung, informed Consent, Commitment des Betroffenen einholen,

keine allzugrossen Hoffnungen wecken

ev. Bedenkzeit einräumen

Psychopharmaka bei funktionellen Störungen

Vorgehen bei der Wahl des Medikamentes (Antidepressiva):

Begleitsymptome der Patienten miteinbeziehen (Schlafstörungen, Gewichtsverlust)

zu erwartende Nebenwirkungen berücksichtigen

mit niedriger Dosis beginnen (bes. bei Frauen)

initial engmaschige Ueberwachung

bei ausgeprägter innerer Unruhe/Anspannung ev initial Benzodiazepine zusätzlich geben

- Regelmässige Evaluation der Therapie

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

SSRI:	Citalopram, Escitalopram, Sertralin
SNRI:	Venlafaxin, Duloxetin
Andere:	Bupropion, Mirtazapin, Trazodon, Vortioxetin Anafranil
Antiepileptica:	Pregabalin

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Benzodiazepine:

- Nur kurzfristig (Notfälle, initial begleitend zu Antidepressiva)
- Werden sehr kritisch gesehen (Abhängigkeit)
- Bei Patienten mit vorbestehendem Benzodiazepinkonsum oft nicht zu vermeiden
- Dosissteigerung verhüten, arbeiten mit maximaler Tagesdosis, gute Psychoedukation
- Aktuell sind einzelne Präparate oft nicht erhältlich

Atypische Neuroleptica (Quetiapin, niedrig dosiert)

- Ersatz von Benzodiazepinen ?, Einsatz bei grosser innerer Anspannung/Unruhe

Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Phytotherapeutica

1. auf expliziten Wunsch des Patienten
2. bei grossen Bedenken gegenüber Antidepressiva

bei angstgeprägter Symptomatik:

Lavendelölpräparat

bei Konzentrationsstörungen:

Gingkopräparat

bei Schlafstörungen:

Baldrian/Hopfen/Melisse

Bei depressiv geprägter Symptomatik

Johanniskrautpräparat (cave Interaktionen)

Fall 3

72j. Patientin

2021 Auftreten von andauernden brennenden Thoraxschmerzen, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, sozialer Rückzug

- Somatische Abklärung
- Psychosoziale Anamnese: schwierige Jugendzeit, multiple Verlusterlebnisse in der Herkunftsfamilie, über 50J verheiratet, 1 Tochter, 3 Enkel, gute Beziehungen
- Diagnose: mittelschwere depressive Episode mit Angstsymptomatik
- Therapie: Benzodiazepin, Mianserin 30 mg, Escitalopram 20mg
- Verlauf: Remission über 2 Monate

Fall 4

58j Patientin

2012 stationäre Behandlung wegen schwerer Erschöpfung/Burnout

anschliessend längere amb. Psychotherapie bei multiplen schweren Verlust
erlebnissen in der Kindheit und Jugendzeit. In dieser Zeit immer wieder Phasen
von vernichtenden Oberbauchschmerzen am frühen Morgen, die im Lauf des
Morgens zurückgingen.

Diagnostik: Abklärungen durch Hausärztin/Spezialärzte, negativ

Psychiatrisch: PTSD/Bindungstraumatisierung

rez. depressive Störung mit Angstsymptomatik

Reizdarm

internistisch:

Somatische Definition

Somatische "Rom Kriterien"

Abklärung

ernährungsbedingte Form

(FODMAP)

schwere Verläufe

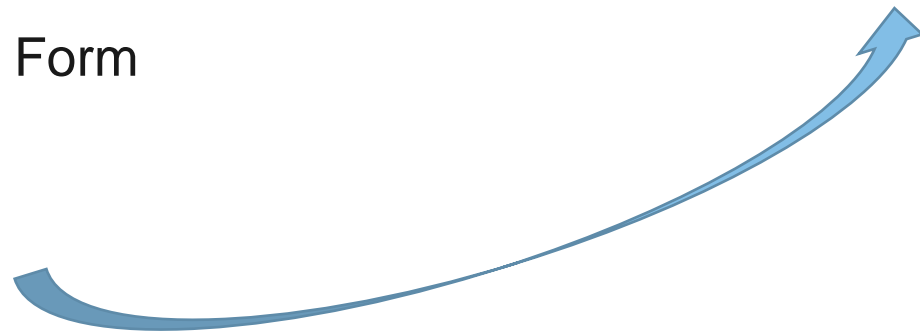
- Dauerschmerzen

psychiatrisch:

- somatoforme autonome Störung

- Erfassung von Komorbidität

(Angst und depressive Störung,
Traumafolgestörung)



Reizdarm – Therapie

Internistisch:

- Psychoedukation
- Ernährungsberatung / angepasste Kost gemäss FODMAP Konzept
- Medikamente: Loperamid bei Durchfall, Laxantien bei Obstipation

Psychiatrisch:

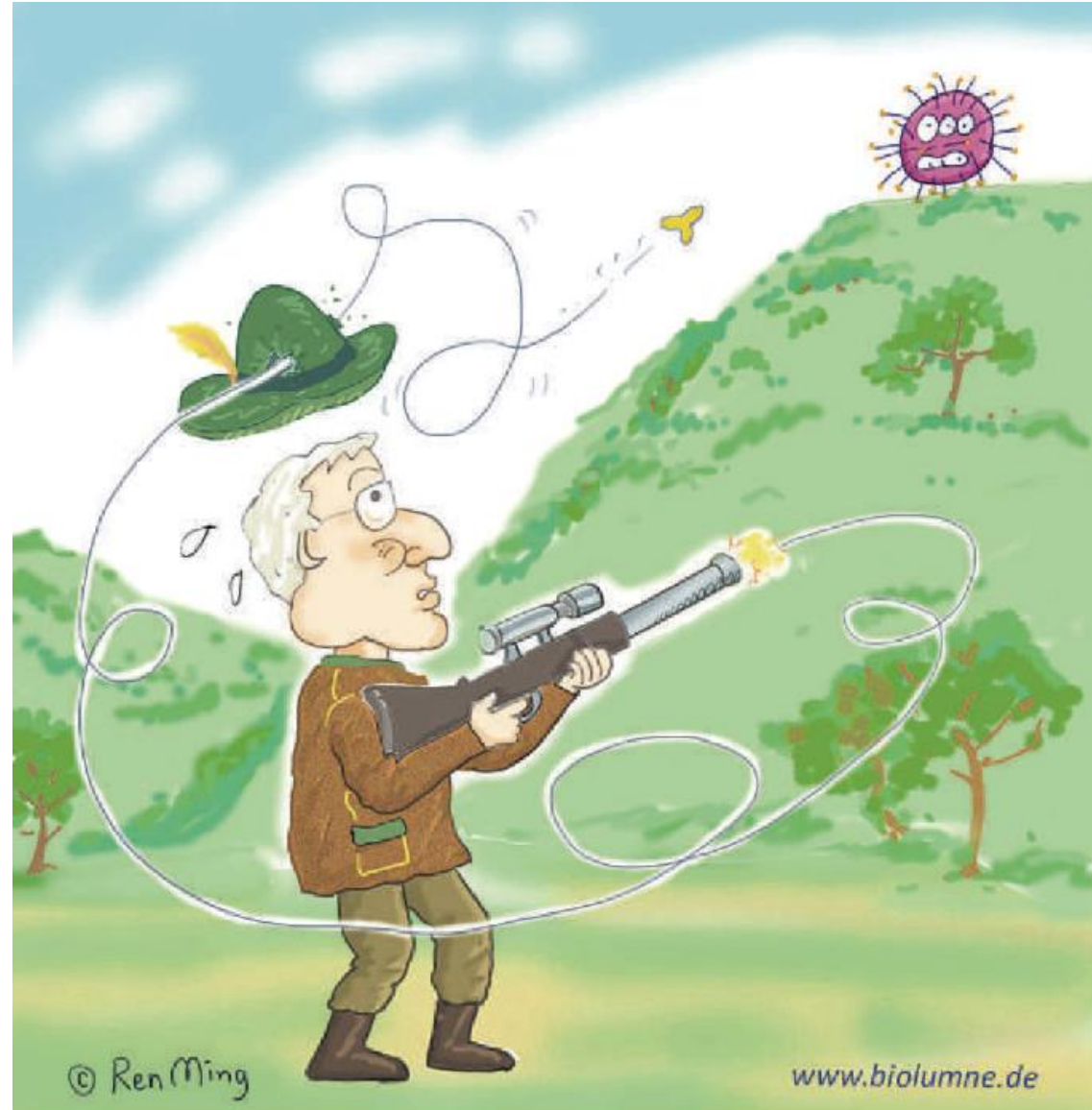
- Hypnose
- Psychotherapie

Tagesklinik / psychosomatische Rehabilitation / stationäre Psychotherapie

Indikationen

- ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft
- längere AUF > 4-6 Wochen
- Distanzierung vom häuslichen Milieu / beruflichen Anforderungen wichtig
- ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Patient geht nicht aus dem Haus)
- Patient muss wegen Symptomatik hospitalisiert werden (Atemnot / Lähmungen / Verhaltensbeobachtung)
- medikamentöser Entzug / medikamentöse Einstellung muss stationär gemacht werden
- Patient benötigt stationäre multimodale Therapie, z.B. chronische Schmerzen
- Multimorbidität

Gibt es das magic bullet?



CARTOON: CHOW MING

Take Home Messages

Üben und genau zielen lohnt sich ...keine Schnellschüsse

Sich gut vorbereiten,

mit andern zusammenarbeiten, sich austauschen

die Freude behalten...



Psychosomatische Medizin

"Nur mit beiden Augen sieht man scharf"



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Esther.Hindermann@barmelweid.ch