

Kolloquium für Psychotherapie und Psychosomatik

Schwerpunktthema: Wenn der Körper Symptome macht / Körper und Psychotherapie

Chronische Müdigkeit

Roland von Känel

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik

17. September 2018



UniversitätsSpital
Zürich

Tatsachen und Fragen zu Müdigkeit

Nach Schmerzen ist Müdigkeit das *zweithäufigste Symptom* in der medizinischen Grundversorgung.

Aber:

- Müdigkeit *definieren* ist schwierig.
- Die *Differenzialdiagnose* ist breit (s. Fallvignetten)
- Somatische *Abklärungen* sind oft unergiebig.
- Welches ist das aktuelle *pathogenetische /-physiologische Verständnis* von "chronischer Müdigkeit ohne medizinischen Befund"?
- Gibt es überhaupt eine *Therapie*?
- *Fallvignetten* aus der Fatigue-Sprechstunde

Müdigkeit charakterisieren, definieren und messen

Müdigkeit in der Wahrnehmung von Patienten

Müdigkeit ist...

...wenn einem der Gang zum Einkaufszentrum um die Ecke wie die Besteigung eines Zweitausenders erscheint.

...das Gefühl, ständig übermüdet zu sein, und der Wunsch, endlich einmal auszuschlafen.

...ein Leiden, das man seinem schlimmsten Feind nicht wünscht und für das man keine Worte hat, um es seinem besten Freund zu beschreiben.

Lorenzen H. Fatigue Management. Umgang mit chronischer Müdigkeit und Erschöpfung.
Schulz-Kirchner Verlag, 2010

Versuche, Müdigkeit mit Worten zu beschreiben

- Erschöpfung?
- Schläfrigkeit?
- Übernächtigung?
- Nicht Schlafen können?
- Burnout?
- Übertraining?
- Etwas mit dem Herz?
- Krebs?
- Depression?
- Psychisch?
- Ungenügende Belastbarkeit?
- Einbildung?
- Faulheit?
- Simulation?

«Fatigue»

den gesamten Organismus durchdringendes körperliches, energetisches, emotionales und kognitives Gefühl der Erschöpfung.

“Müdigkeit” charakterisieren und quantifizieren

Multidimensionales Müdigkeits-Symptom-Inventar

(letzte 7 Tage, Likert Skala: 0-4, Kurzform 30 Items)

- 1) **Allgemein**: sich erschlagen fühlen, ermüdet fühlen, etc.
- 2) **Körperlich**: Beinschwäche, Muskelschmerzen, etc.
- 3) **Emotional**: sich nervös fühlen, deprimiert fühlen, etc.
- 4) **Kognitiv**: Mühe, sich zu erinnern, aufzupassen, etc.
- 5) **Energetisch**: sich erfrischt fühlen, ruhig fühlen, etc.

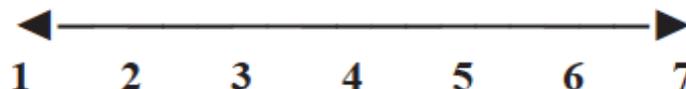
Gesamtmüdigkeit: $1 + 2 + 3 + 4 - 5$ (z.B. für Studien)

Fatigue Severity Scale (FSS) – Erfasst Auswirkungen auf den Alltag

Ich finde, dass während der vergangenen Woche folgendes zutraf:

*Stimme gar
nicht zu*

*Stimme voll-
kommen zu*



| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich bin weniger motiviert, wenn ich müde bin. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Körperliche Bewegung macht mich müde. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Ich ermüde rasch. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine körperliche Leistungsfähigkeit. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Meine Müdigkeit bereitet mir oft Probleme. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. Meine Müdigkeit verhindert längerdauernde körperliche Tätigkeiten. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. Meine Müdigkeit beeinträchtigt mich, gewisse Pflichten und Verantwortungen zu erfüllen. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Meine Müdigkeit gehört zu den drei Beschwerden, die mich am meisten behindern. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9. Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine Arbeit, meine Familie oder mein soziales Leben. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Valko et al, Sleep 2008; Krupp et al, Arch Neurol 1998

FSS: Fatigue Schweregrad Score (Mittelwert der 9 Items, 0-7)

- Gesunde (n=454): 3.0 ± 1.1
- Multiple Sklerose (n=188): 4.7 ± 1.6
- Ischämischer Hirnschlag (n=235): 3.9 ± 1.9
- Schlaf-Wach-Störungen (n=429): 4.3 ± 1.6

FSS: Fatigue Prävalenz (Cut-off: 2 SD über MW für Gesunde)

- Gesunde: 3.5%
- Multiple Sklerose: 45%
- Ischämischer Hirnschlag: 31%
- Schlaf-Wach-Störungen: 36%

Valko et al, Sleep 2008

Tools für den Praxisalltag - Verlaufskontrolle

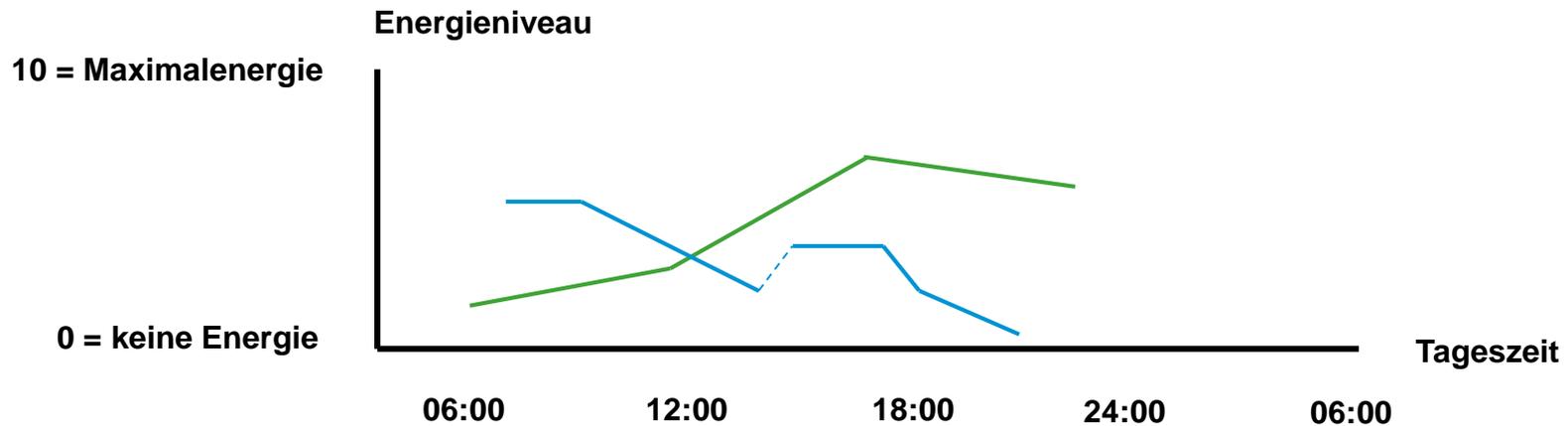
Numerische Rating-Skala (0-10)

1) *Wie müde sind Sie im Moment?*

2) *Wie müde waren Sie im Durchschnitt in der letzten Woche?*

NRS: 0 = «überhaupt nicht müde», 10 = «äusserst müde»

Fatigue- bzw. Energietagebuch



Differenzialdiagnose eines primär unspezifischen Symptoms

Müdigkeit ist nicht gleich Müdigkeit!

Kurzzeitig, vorübergehend \Leftrightarrow chronisch

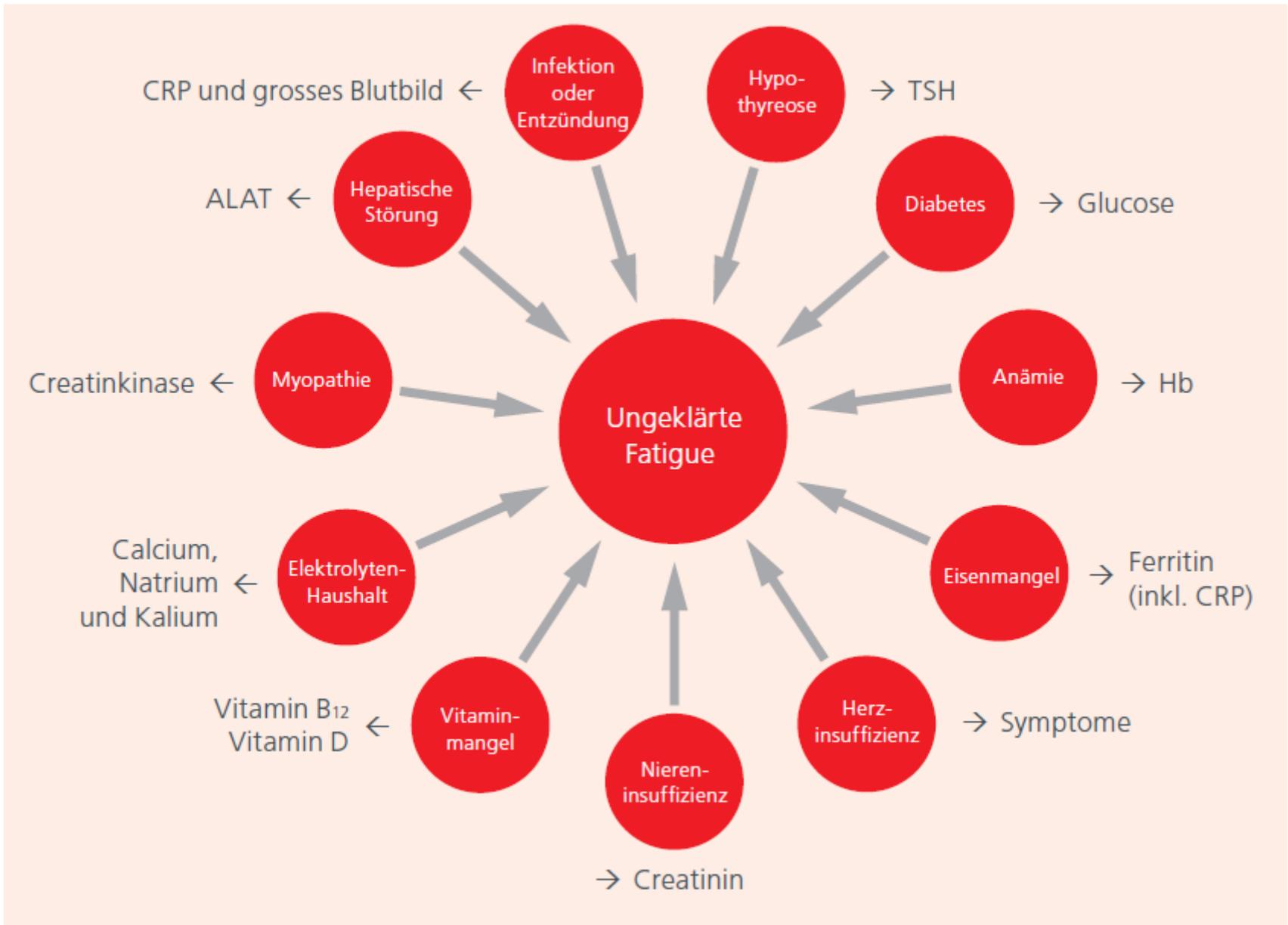
Schutzfunktion \Leftrightarrow Anzeichen einer Krankheit

Organische Krankheiten, psychische Krankheiten,
selber eine Krankheit (Chronic Fatigue, CFS)

DD Chronic Fatigue (>6 Mte): somatisch, psychisch, Verhalten

- **Chronische Infektionen**
Hepatitis C, HIV, Borreliose, Lamblien, EBV
- **Schlafstörungen**
OSA, RLS, UARS, Narkolepsie
- **Endokrine / metabolische Störungen**
M. Addison, M. Cushing, schlecht eingestellter Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Hypopituitarismus, Diabetes insipidus
- **Allgemeinmedizinische Störungen**
Anämie, schwerer Eisenmangel, chronische Leber-/ Niereninsuffizienz, Mangelernährung, Medikamenten-NW, chronische Schmerzstörungen
- **Psychologische Ursachen**
Depressionen, Angststörungen, Bipolare Störung, Schizophrenie, PTBS, Essstörungen, Kindheitstraumata
- **Rheumatische Erkrankungen**
RA, SLE, Sjögren Syndrom, Vaskulitis, Sarkoidose
- **Kardiopulmonale Ursachen**
CHI, pulmonale Hypertonie, COPD, POTS
- **Gastrointestinale Ursachen**
Zöliakie, CED, Autoimmunhepatitis, Leberzirrhose
- **Maligne Erkrankungen**
Lymphome, okkulte Tumore, Postchemotherapie Syndrom
- **Neurologische Störungen**
MS, Myasthenia gravis, Parkinson, Muskeldystrophie, beginnende Demenz
- **Im Zusammenhang mit Lifestyle**
Überarbeitung, Dauerstress, morbide Adipositas, Alkoholismus, Drogen, unangemessene körperliche Aktivität

Rationelle Labordiagnostik hinsichtlich möglicher organischer Ursachen einer Chronic Fatigue (Expertenkonsensus CH, in Vorbereitung)



Beobachtung über 3 Jahre der 14 häufigsten Symptome bei 1'000 Patienten in einem Ambulatorium für Innere Medizin (Texas, USA)

1. Thoraxschmerz
- 2. Müdigkeit**
3. Schwindel
4. Kopfschmerzen
5. Ödeme
6. Rückenschmerzen
7. Atemnot
8. Schlafstörungen
9. Bauchschmerzen
10. Taubheitsgefühl
11. Impotenz
12. Gewichtsverlust
13. Husten
14. Verstopfung

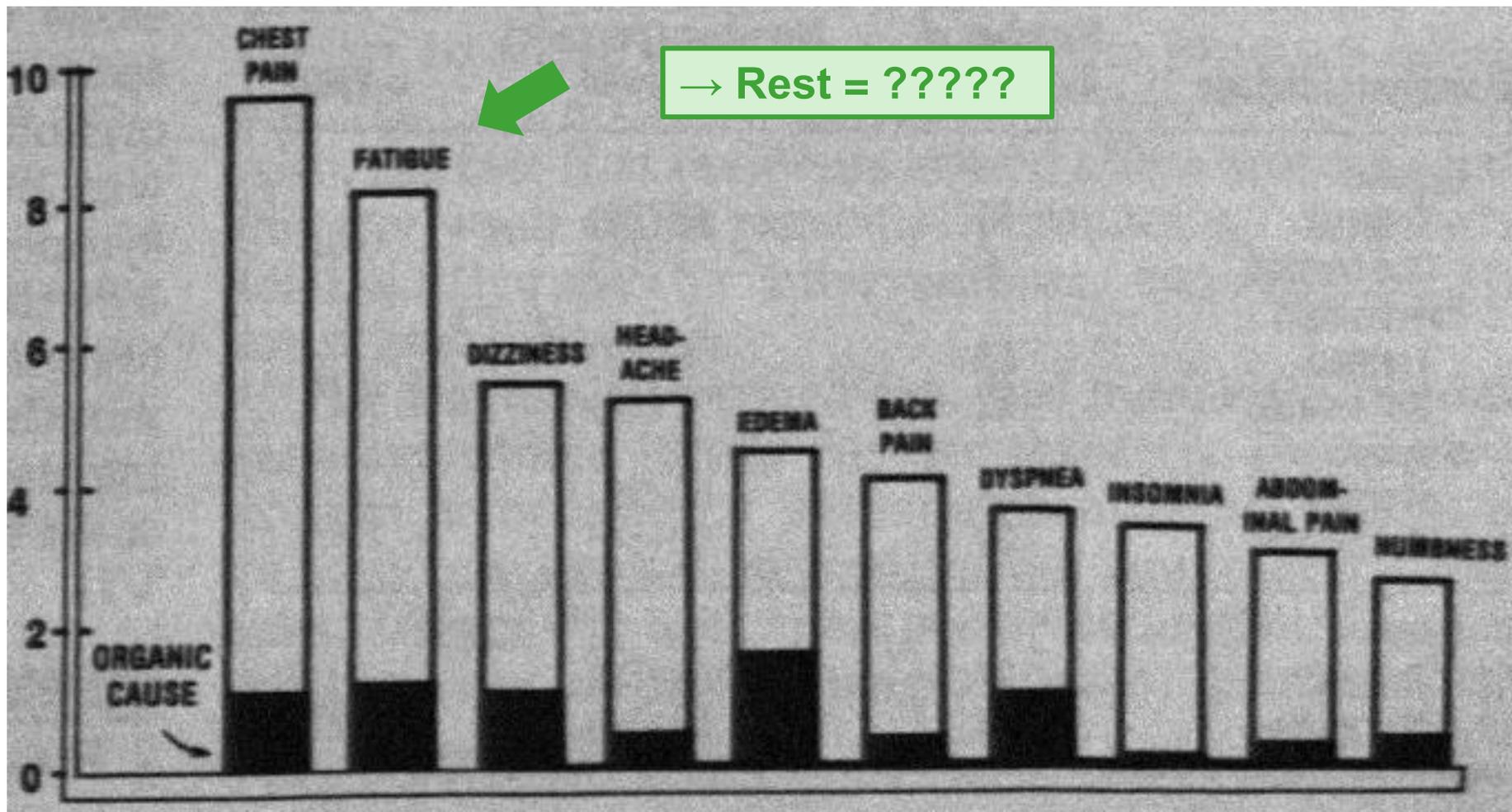
- Diagnostische Testung erfolgte in mehr als 2/3 der Fälle.

Eine organische Ursache fand sich nach 3 J für 16% aller Symptome!
(10% psychologisch, 74% unklar/idiopathisch)

- Behandlung erfolgte in 2/3 der Fälle
- Verbesserung in ca. 50% – unabhängig davon, ob eine Behandlung erfolgte oder nicht!
- **Bessere Prognose:**
 - organische Ursache
 - Dauer < 4 Monate
 - Anzahl Symptome < 3

Kroenke et al, Am J Med 1989

3-Jahres Inzidenz (%) der 10 häufigsten Symptome in der ambulanten Inneren Medizin mit dem Anteil einer organischen Ursache



Kroenke et al, Am J Med 1989

Differentialdiagnose von Müdigkeit: eine systematische Übersicht zu den Ursachen in der Hausarztpraxis

| Krankheit | Prävalenz (%) | 95% CI |
|---------------------------------|---------------|-----------|
| Anämie | 2.8 | 1.6-4.8 |
| Bösartige Erkrankung (Malignom) | 0.6 | 0.3-1.3 |
| Schwere somatische Krankheit | 4.3 | 2.7-6.7 |
| Depression | 18.5 | 16.2-21.0 |

Stadje et al, BMC Fam Pract 2016

Chronic Fatigue Syndrom (CFS)

<http://www.cdc.gov/cfs/>

- Schwere Müdigkeit für **mind. 6 Monate**, durch Ruhe nicht gebessert, durch eine körperliche oder psychiatrische Krankheit nicht erklärbar
- **Vier von acht zusätzlichen Beschwerden müssen gegeben sein:**
 - Störungen der Merkfähigkeit und der Konzentration
 - Häufiges “Kratzen im Hals”
 - Schmerzhaftes Lymphknoten am Hals und in den Achseln
 - Muskelschmerzen
 - Gelenkschmerzen (ohne Rötung und Schwellung)
 - Neuartige Kopfschmerzen
 - Schlaf ist nicht erholsam
 - Erschöpfungs- und Krankheitsgefühl nach körperlicher und mentaler Anstrengung (oft mit Verzögerung auftretend, über 24 Stunden anhaltend)

Fukuda et al, Ann Intern Med 1994

Chronic Fatigue Syndrom (CFS)

<http://www.cdc.gov/cfs/>

- Schwere Müdigkeit für mind. 6 Monate, durch Ruhe nicht gebessert, durch eine körperliche oder psychiatrische Krankheit nicht erklärbar
- Vier von acht zusätzlichen Beschwerden müssen gegeben sein:
 - Störungen der Merkfähigkeit und der Konzentration
 - Häufiges “Kratzen im Hals”
 - Schmerzhaftes Lymphknoten am Hals und in den Achseln
 - Muskelschmerzen
 - Gelenkschmerzen (ohne Rötung und Schwellung)
 - Neuartige Kopfschmerzen
 - Schlaf ist nicht erholsam
 - Erschöpfungs- und Krankheitsgefühl nach körperlicher und mentaler Anstrengung (oft mit Verzögerung auftretend, über 24 Stunden anhaltend)

+ orthostatische Intoleranz

Fukuda et al, Ann Intern Med 1994
US Institute of Medicine (IOM) 2015

Prävalenz Chronic Fatigue (> 6 Monate) ohne medizinische oder psychiatrische Ursache

- Populationsstudien: 2%
- Grundversorgung: 9%

Buchwald et al, Ann Intern Med 1995
Bates et al, Arch intern Med 1993

Prävalenz Chronic Fatigue Syndrom (CFS)

- Populationsstudien, Interview: 0.8% (95% CI: 0.2-1.3)
- Populationsstudien, Selbstbericht: 3.5% (95% CI: 2.4-4.6)
- Grundversorgung: 1.7% (95% CI: 0.4-1.4)

Johnston et al, Clin Epidemiol 2013 (Meta-Analyse)

Therapie bei CFS: Kognitive Verhaltenstherapie und körperlicher Aktivitätsaufbau: wie geht das genau?

- **Energieprotokoll**: Modulatoren der Müdigkeit identifizieren (Metapher: Detektiv), Ziel: Funktionalität im Alltag verbessern
- **Energien einschätzen lernen** (Metaphern: Batterien wieder aufladen, Portemonnaie)
- **Graded Exercise Training**: Gestuftes aerobes Aufbautraining 3x/Wo (Die «Dosis» ist entscheidend!!!)
- **Desensibilisierung** bei Kinesiophobie
- **Kleine Schritte** und realistische Ziele (Metapher: Börsenkurs)
- **Dysfunktionale Annahmen** angehen: „Suche nach weiteren Ursachen od. Behandlungen verschwendet Energie für das Aufbautraining“
- **Akzeptanz schaffen** für die veränderte Situation, anstatt Versuch schlecht kontrollierbare Symptome in den Griff zu kriegen. Kreislauf aufgeben von falschen Hoffnungen und anschl. Enttäuschungen
- **Angenehme Aktivitäten verstärken** (was ist trotzdem noch möglich?)
- **Schlafhygienische Aspekte**

Cleare et al, BMJ Clin Evid 2015; Larune et al, Cochrane Database Syst Rev 2017

Weitere, nicht-medikamentöse Therapien beim CFS

- Weitere somatische Abklärungen nur bei neuen Aspekten
- Information: **Schulungsclips**, <http://www.cdc.gov/cfs/>
- Stützende Gespräche für Schwierigkeiten im Alltag (bei psychosoziale Belastungen im Alltag)
- Psychotherapie bei komorbiden psychiatrischen Störungen (in ca. 50% d.F.) und biografisch-bedingten "Antreibern"
- Stressmanagement und Entspannung
- Sozialarbeit, inkl. Gespräche mit Arbeitgeber
- Selbsthilfegruppe
Verein ME-CFS Schweiz: <http://www.verein-me-cfs.ch/>

Vereinfachte Information für Patienten: Edukation!

Müdigkeitswahrnehmung im Hirn

schweres Erschöpfungsgefühl

= Müdigkeitslupe

Körperliche und kognitive Anstrengung

normale körperliche und kognitive Ermüdung

Dr. med. N. Egloff,
Schulungclip
Psychosomatik

Medikamentöse Therapie nur symptomatisch!

- **Schlafregulation** (sedierende Antidepressiva)
- Gemäss **Psychopathologie** (aktivierende AD, SSRI)
- **Schmerzmodulation** (TCA, SNRI)

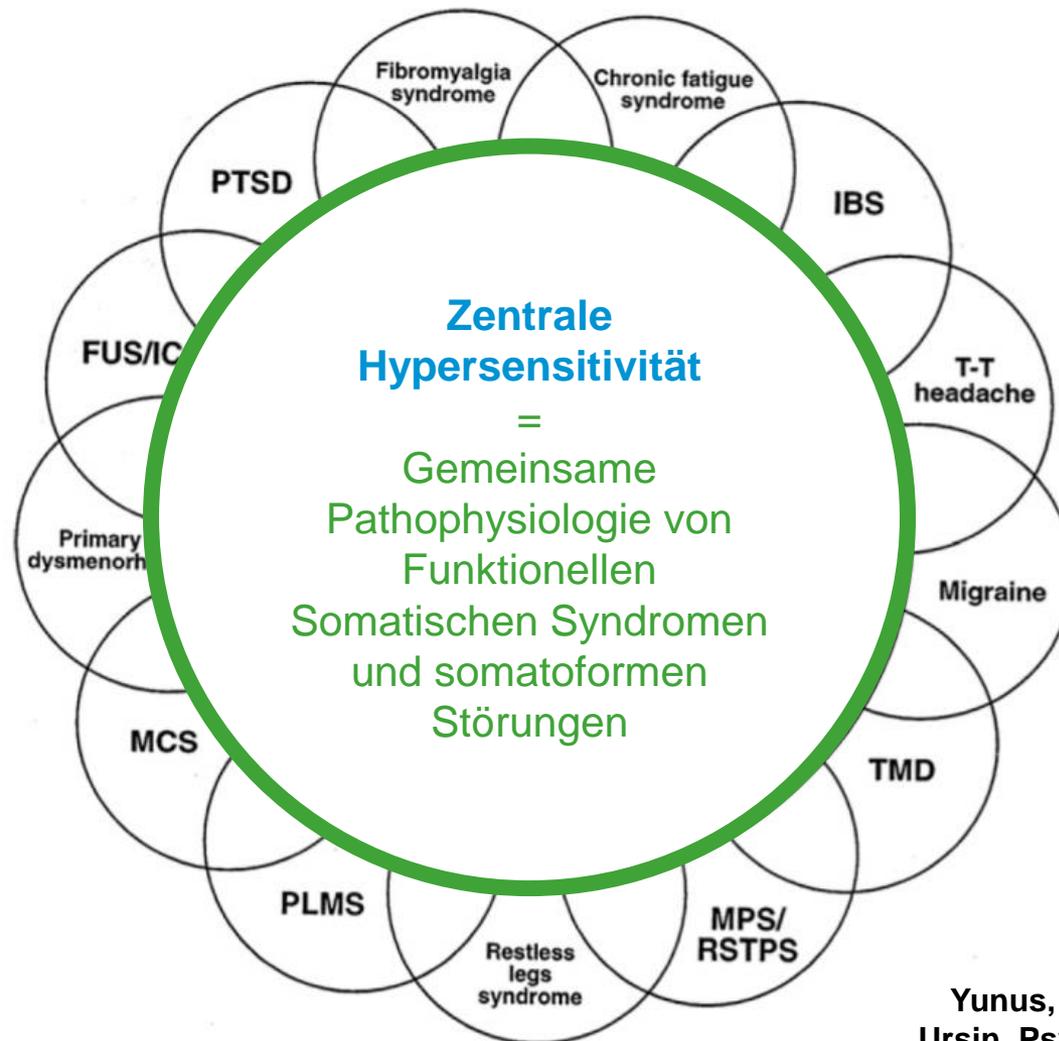
- “Neuroenhancer” wie Modafinil, Methylphenidat
(Cave: off label use)

- **Vorgängige Klärung:** wozu sollen die pharmakologisch gewonnene Energie und Lebensqualität eingesetzt werden?

Pathogenese der
medizinisch =
organisch/somatisch

nicht erklärbaren
Müdigkeit

Central Sensitivity Syndromes (CSS)



Yunus, Semin Arthritis Rheum 2008
Ursin, Psychoneuroendocrinology 2015

„Die Existenz spezifischer funktioneller somatischer Syndrome und Symptome ist **ein Artefakt der medizinischen Spezialisierung** und nicht Ausdruck von physiologischen Unterschieden zwischen diesen Störungen“

Functional somatic syndromes by speciality

| | |
|-----------------------|---|
| Gastroenterology | Irritable bowel syndrome, non-ulcer dyspepsia |
| Gynaecology | Premenstrual syndrome, chronic pelvic pain |
| Rheumatology | Fibromyalgia |
| Cardiology | Atypical or non-cardiac chest pain |
| Respiratory medicine | Hyperventilation syndrome |
| Infectious diseases | Chronic (postviral) fatigue syndrome |
| Neurology | Tension headache |
| Dentistry | Temporomandibular joint dysfunction, atypical facial pain |
| Ear, nose, and throat | Globus syndrome |
| Allergy | Multiple chemical sensitivity |

Psychiatry

Neurasthenie, somatoforme Störungen

Wessely et al, Lancet 1999

Exkurs: Somatische Belastungsstörung (DSM-5)

Ersetzt: Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, Hypochondrie, Schmerzstörung

Kriterien A, B (mind. 1) und C müssen erfüllt sein

A. Somatische(s) Symptom(e): Schwierigkeit, körperliche Beschwerden zu tolerieren u/o signifikante Einschränkungen im Alltag durch Symp.

B. Exzessive Beschäftigung mit körperlichen Symptomen

- Gedanken über den Schweregrad der Symptome (kognitiv)
- Ängste bezogen auf Gesundheit oder Symptome (emotional)
- Widmen von Zeit und Energie (Verhalten)

C. Mindestens 6 Monate Dauer

Chronic Fatigue als Ausdruck einer Wahrnehmungsstörung des übersensiblen Hirns (Central Hypersensitivity)

- **Das Gehirn prozessiert** ein übermässiges und langanhaltendes Müdigkeitsgefühl bei Tätigkeiten, die eine durchschnittliche Person normalerweise nicht oder nur kurzzeitig als ermüdend wahrnimmt.
- **Prädisponierende Faktoren für Sensitivierung:** genetisch, *früheres* Müdigkeitserleben (z.B. Infekte, Tumorbehandlungen, Entzündungen, chronischer Stress) etc. bewirken ein **“Fatigue-Gedächtnis”**.
- **Auslöser:** vielfältige körperliche, kognitive und emotionale / psychische Stressoren (CFS/ME als Systemic Exertion Intolerance Disease, SEID)
- **Eigendynamik und aufrechterhaltende Faktoren** wie Dekonditionierung, sekundäre Stressoren (z.B. drohender Verlust der Arbeitsfähigkeit, übermässige Anstrengungen bei “Durchbeissern”, inkl.inadäquater körperlicher Aktivität, Komorbiditäten).

Morris et al, BMC Med 2015; Ursin, Psychoneuroendocrinology 2014; Tanaka et al, Rev Neurosci 2013; Jackson & Bruck, J Clin Sleep Med 2012; Institute of Medicine, 2015; Stephan et al, Front Hum Neurosci 2016

Pathogenese-Modell für Chronic Fatigue, CFS, ME: Interaktion zw. prädisponierenden Faktoren, Triggerfaktoren, unterhaltenden Faktoren und Mechanismen (oxydativer/ inflammatorischer Stress)

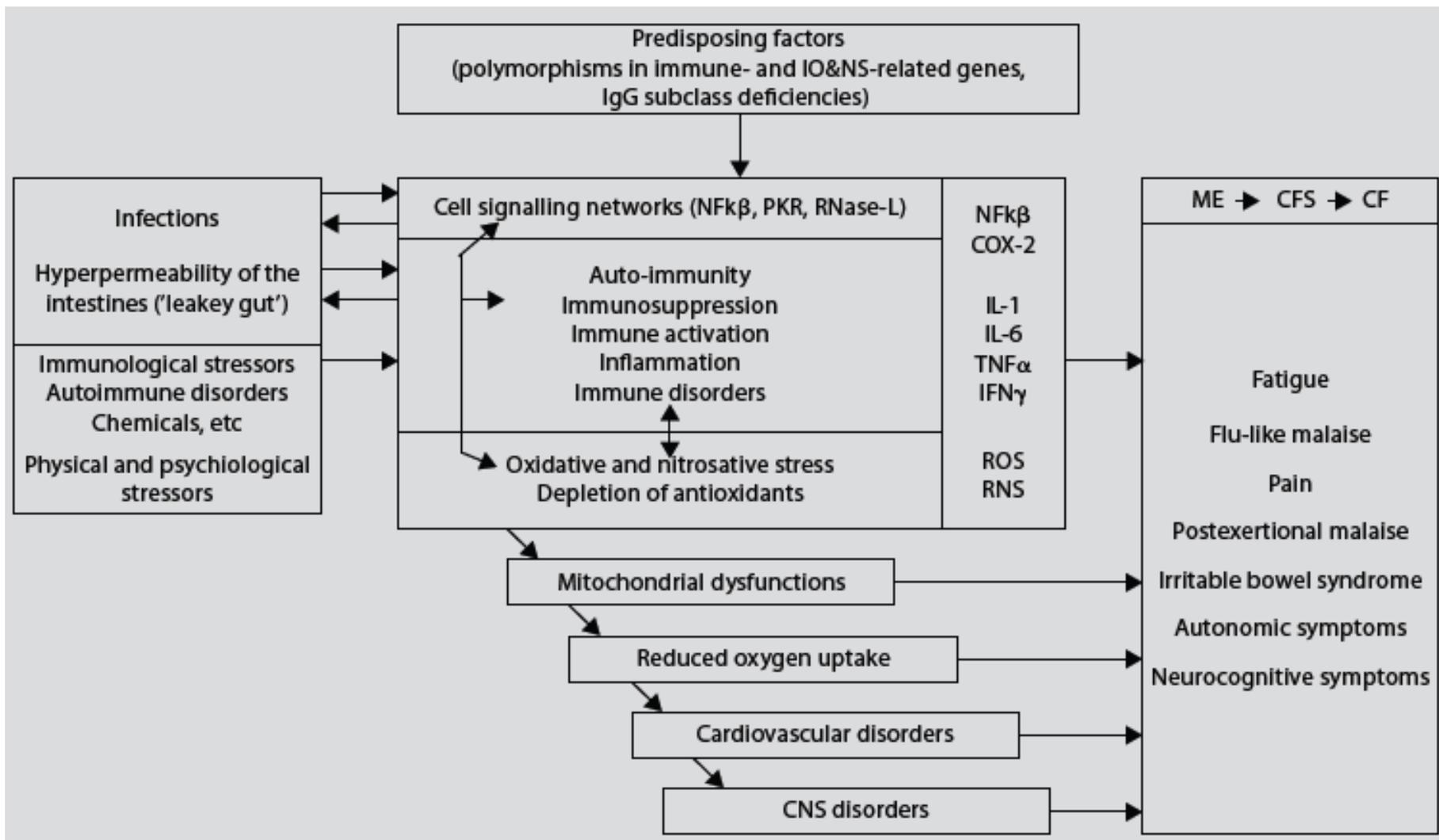
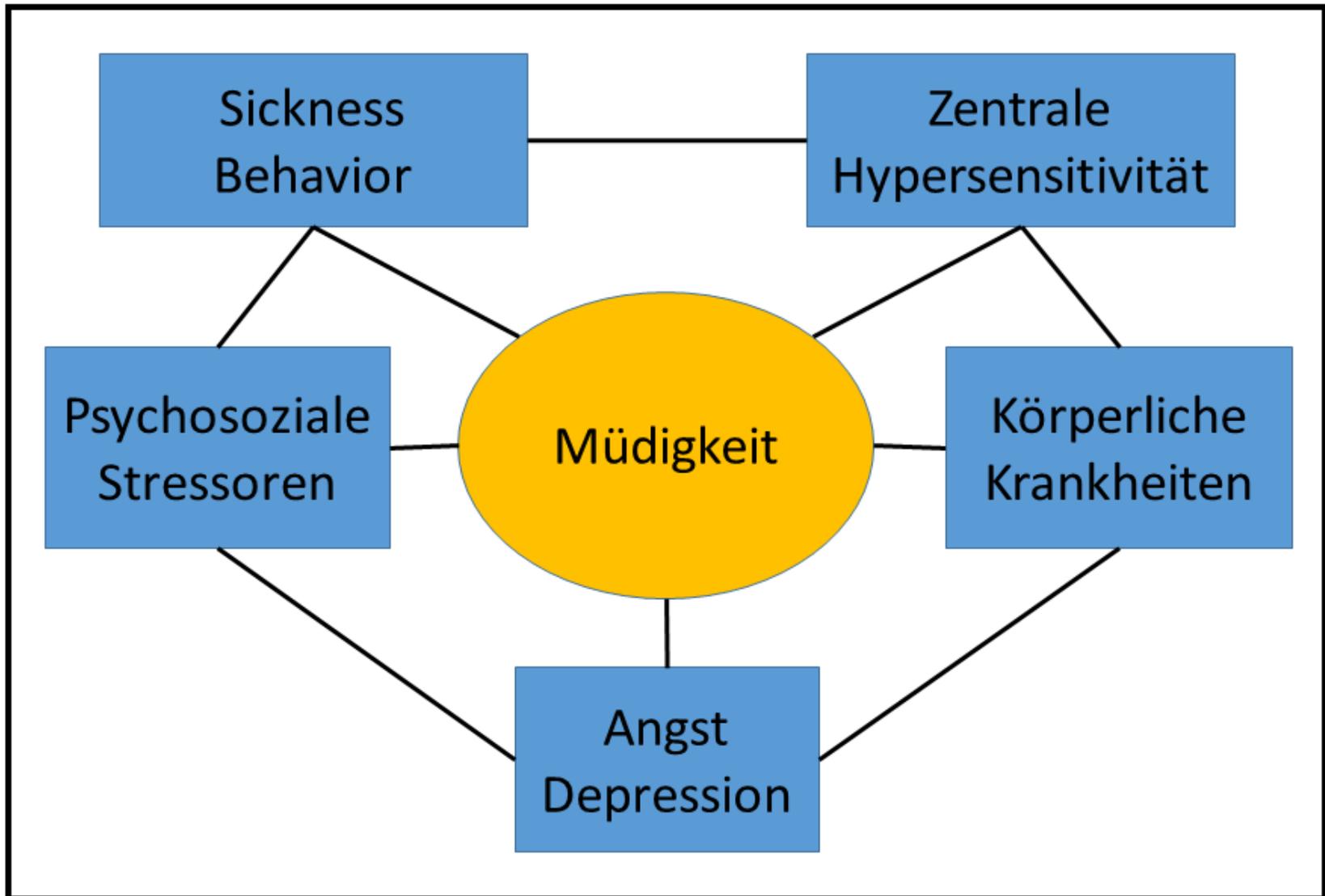


Figure from Maes, in „Inflammation in Psychiatry“, Karger, 2013
 Morris et al, Mol Neurobiol 2013; Morris et al, BMC Med 2013; Maes & Twisk, BMC Med 2010

Zusammenspiel und Einflüsse organischer, neurobiologischer, psycho-neuro-inflammatorischer u. psychischer Faktoren für die Perzeption von Müdigkeit



Fallvignetten

aus der Sprechstunde für "Chronic Fatigue" PatientInnen

Erfassung von klinisch relevanter psychiatrischer Symptomatik mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Sensitivität und Spezifität bei ≥ 3 Punkten je $\sim 80\%$ für **Depression** (Items 1+2) und **Angststörung** (Items 3+4)

Löwe et al, J Affect Disord 2010

Gezielte Suche nach psychosozialen Belastungsfaktoren

| | |
|---|--|
| Stress am Arbeitsplatz | Übermässige Anforderungen, kleiner Handlungsspielraum (Kontrolle über die Arbeit), wenig Belohnung für Geleistetes, mangelhafte soziale Unterstützung durch Mitarbeitende und Vorgesetzte, übermässige Verausgabungsbereitschaft |
| Konflikte im familiären Umfeld | Paarkonflikt, Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zu Kindern und Eltern |
| Sozioökonomische Verhältnisse | Finanzielle Engpässe, Schulden, ungünstige Wohnsituation |
| Verlusterlebnisse und emotionale Verletzungen | Entwurzelungen, Todesfälle, Enttäuschung von Visionen und Lebensentwürfen, Kränkungen |
| Existenzielle Bedrohungen | Gefühl, eine Situation nicht mehr im Griff zu haben. Kontrollverlust durch die Konfrontation mit einem neuen Lebensabschnitt und einer somatischen Diagnose. Physische und psychische Traumata. |

von Känel. Psychosomatische Medizin in der Grundversorgung. Praxis 2006

Indikation für Eisensubstitution bei Fatigue?

Unklare Müdigkeit / ohne Anämie / bei prämenopausalen Frauen mit

- Ferritin ≤ 15 $\mu\text{g/L}$: Gute Evidenz
- Ferritin 20-50 $\mu\text{g/L}$ + Transferrinsättigung $< 20\%$: recht gute Evidenz
- Ferritin < 50 $\mu\text{g/L}$: etwas Evidenz
- Was ist mit postmenopausalen Frauen und Männern???
- Orale oder i.v. Eisentherapie?

Die intravenöse Eisentherapie ist nur unter folgenden Umständen indiziert:

- Schlechter Zustand des Patienten, z.B. nach einer massiven Blutung und einem Eisenmangel;
- Chronische, unbeherrschbare Blutungen, bei welchen die orale Therapie nicht genügt;
- Unverträglichkeit der oralen Eisenpräparate;
- Ihre ungenügende Resorption;
- Chronische Darmentzündungen.

Habituelle Schlafrestriktion: Welche Faktoren "rauben" der Gesellschaft den Schlaf?

- 40% der US Erwachsenen-Bevölkerung schläft <7 h /Nacht und ca. 1 h /Nacht weniger als vor 30 Jahren (dito in CH)
- «Schlafräuber» an einem normalen Arbeitstag:
 - Arbeitszeit \geq 8 h (40 min früheres Aufstehen)
 - Früher Arbeitsbeginn
 - Pendeln zur Arbeit
 - Fernsehen am Abend
 - Blaulicht: reduziert Schläfrigkeit, verschiebt innere Uhr, Melatoninsupp.
- *Verhaltensänderungen als Remedur für mehr Schlaf unter der Woche:*
 - Weniger Fernsehen am Abend
 - Späterer Arbeitsbeginn am Morgen
 - Keine Computerbildschirme, Smartphones (4 h vor Schlafengehen)

Basner & Dinges: Dubious Bargain: Trading Sleep für Leno & Letterman. Sleep 2009
Chang et al, PNAS 2015

Burnout: ein Risikozustand für die Entwicklung von psychischen und körperlichen Krankheiten im Kontext von Arbeitsüberlastung



Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2012

Burnout messen: Maslach Burnout Inventar-General Survey

Maslach et al, 1996 Punkte: 0 = nie, 6 = täglich; totaler Score 0-132 Punkte

- **Erschöpfung an der Arbeit** (5 items):
Ich fühle mich gefühlsmässig leer durch meine Arbeit
Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages erledigt
- **Entfremdung gegenüber der Arbeit** (5 items):
Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen
Ich bezweifle, dass meine Arbeit wichtig ist
- **Abnehmende Leistungsfähigkeit bei der Arbeit** (6 items):
Ich kann mit den Problemen bei der Arbeit gut umgehen.
Ich habe mit meiner Arbeit viele wertvolle Dinge erreicht.

www.burnoutprotector.com: Anonyme Bestimmung des Burnout Risikos

Atypische Depression - Charakteristika

- Erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit
- Appetitsteigerung
- Gewichtszunahme
- Hypersomnie (>10 h/Tag), tagsüber trotzdem müde
- Bleierne Schwere in Extremitäten (lähmende Müdigkeit)
- Erhöhte Kränkbarkeit durch Zurückweisungen als überdauerndes interaktionelles Muster

Pharmakotherapeutische Konsequenz: MAO Inhibitoren > SSRI > TCA
Hohes kardiometabolisches Risiko!

Gremaud-Heltz et al, Schweiz Arch Neurol Psychiat 2010; Keel, Springer 2014

Interaktion verschiedener Ursachen für chronische Müdigkeit: Multifaktoriell!

- Vorbestehende Generalisierte Angststörung
- Depression nach Herzinfarkt (in bis zu 40% d. F.)
- Gewissenhafte Persönlichkeitszüge (weiterarbeiten nach MI!)
- Anpassungsstörung mit längerer depressive Reaktion bei Tumorerkrankung hat Depression verstärkt (?)
- Cancer-related Fatigue (CrF: 1/3 bis 1/2 d. F. nach 2 J)
- Insomnie mit chronischem Benzodiazepingebrauch

CrF ist von Gefühlen der Müdigkeit, Erschöpfung und mangelnder Energie geprägt. CrF kann zu jedem Zeitpunkt der Tumorerkrankung auftreten, selbstlimitierend sein oder bis zu Jahren persistieren. Sie bewirkt einen Teufelskreis aus abnehmender Leistungsfähigkeit, Vermeidung von Anstrengungen, Inaktivität, fehlender Regeneration, Hilflosigkeit und depressiver Stimmung. Horneber et al, Dtsch Arztebl 2012

Sportliches Übertraining

- Motivierte Freizeitsportler sind besonders gefährdet (Leistungsanspruch, dem Altern trotzen)
- Leistungseinbusse trotz (mehr) Training
- Ungleichgewicht von Belastung und Erholung (keine Trainingsplanung, keine trainingsfreien Tage, "immer voll")
- Zusätzliche Stressoren: psychosozial, Infekt(anfälligkeit)
- Sensitiv: Schlechte, gereizte Stimmung, Müdigkeit, fehlende Vitalität, Energie, Elan
- Depressive Verstimmung, Schlafstörungen, vegetative/funktionelle Beschwerden; Sportsucht

Vogel. Schweiz Zschr Sportmed Sporttraumatol 2001

Profile of Mood States (POMS) Fragebogen

35-item Selbstbeurteilungsverfahren zur Messung von Stimmungszuständen und -veränderungen in den letzten 24 h (Adjektivliste)

4 Faktoren

- **Niedergeschlagenheit:** unglücklich, unsicher, ängstlich, entmutigt
- **Müdigkeit:** Abgeschlafft, lustlos, müde, träge, entkräftet
- **Missmut:** Zornig, gereizt, verärgert, schlecht gelaunt
- **Tatendrang:** Lebhaft, energisch, schwungvoll, tatkräftig

1=überhaupt nicht, 2=sehr schwach, 3=schwach, 4=etwas, 5=ziemlich, 6=stark, 7=sehr stark

Beispiel: 29 Schwimmer füllten POMS alle 2 Wochen während Wettkampfsaison aus (4-13 Km Schwimmen Tag): **Trainingsvolumen zeigte positiven Zusammenhang mit Müdigkeit bzw. negativen Zusammenhang mit Tatendrang**

McNair et al., San Diego, 1971; Biehl & Landauer, Mannheim, 1975; Pierce, Perceptual and Motor Skills 2002

TAKE HOME MESSAGES

- **Multifaktorielle Ursachen** für chronische Müdigkeit häufig („Flöhe und Läuse“) – die Therapie muss es auch sein!
- **Edukation:** funktionelle Störung des ZNS („Gehirn ist zu sensibel auf Müdigkeitserleben eingestellt“).
- **Verhaltensänderungen / Aktivierung** sind notwendig.
- **Wagen, Ursachen zu benennen (Schlaf, Überlastung, Depression):** wie schaffen Sie das mit so wenig Schlaf? Mit all den Belastungen? Kann das nicht einmal auf's Gemüt schlagen? Wie erholen Sie sich? Wie bekommen Sie die Dinge wieder in den Griff? Wer kann Ihnen dabei dabei?
- **Patienten im Erleben, Denken und Verhalten verstehen:** Lebensgeschichte, Persönlichkeit, Annahmen sind wichtig, für pathogenetisches Verständnis und aufrechterhaltende Faktoren der Müdigkeit, Therapieeinleitung u. Adhärenz.