

4. Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD)

Die neuen Behandlungsempfehlungen zu Zwangsstörungen und posttraumatischer Belastungsstörung

Das vierte Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD) der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) hatte den Fokus auf Therapieinnovationen bei Angst und Depressionen. Highlight war die Präsentation der neuen Behandlungsempfehlungen zu Zwangsstörungen und zur posttraumatischen Belastungsstörung.

Über «Lust und Frust» im Zusammenhang mit neuen Leitlinien in der Medizin sprach Prof. Paul Hoff, Chefarzt und stellvertretender Klinischer Direktor, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. «Leitlinien sind ein Element der evidenzbasierten Medizin», sagte Paul Hoff, «aber sie sind kein endgültiges Ergebnis, sondern ein Prozess.» Vergleicht man Richtlinien, Leitlinien und Behandlungsempfehlungen, nimmt die Verbindlichkeit ab, was Ärzten einen therapeutischen Spielraum lässt. Denn häufig besteht auf ärztlicher Seite die Befürchtung, dass die individuelle Prägung des Behandlungsprozesses durch Leitlinien verloren gehe und sich die ärztliche Identität in Richtung Reglementierung und Technokratie verändert. Prof. Hoff stellt eindrücklich dar, dass Behandlungsempfehlungen die Möglichkeit zur raschen Beschaffung aktuellen und praxisrelevanten Wissens bedeuten und die Entscheidungsfindung transparenter für Arzt und Patient machen. Sie geben zudem eine Richtschnur bezüglich ethischer, juristischer und medizinischer Aspekte der Therapie.

Neue Behandlungsempfehlungen für Angsterkrankungen

Prof. Martin Ekkehard Keck, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Privatstationen, Clenia Privatklinik Schöslisli, Oetwil am See, stellte den zweiten Teil der SGAD-Behandlungsempfehlungen von Angststörungen vor, welche in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP) und der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangserkrankungen (SGZ) entstanden sind (2). Diese basieren auf den Leitlinien der «World Federation of Societies of Biological Psychiatry» und fokussie-

ren auf Zwangsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD).

Bei Zwangsstörungen wird die evidenzbasierte Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl bezeichnet. Bei einer Erkrankung mit hoher Komplexität sind multimodale Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) plus systemische, psychodynamische und achtsamkeitsbasierte Elemente indiziert. Dabei erfolgt die Auswahl der Bausteine via Verhaltensanalyse (ursächliche, auslösende, aufrechterhaltende Bedingungen). Vorsicht ist bei intrapsychischen und interpersonellen Funktionalitäten geboten. Als Kernbestandteil der KVT wird die Exposition mit Reaktionsmanagement in sensu und in vivo empfohlen. Bei den kognitiven Interventionen werden Identifikation, Überprüfung, Korrektur von aufdringlichen Zwangsgedanken und Modifikation dahinterstehender Grundannahmen (Metakognitionen) genannt.

Eine medikamentöse Therapie zusätzlich zur KVT wird bei komorbider depressiver Symptomatik, bei notwendiger rascher Systemreduktion und bei im Vordergrund stehenden Zwangsgedanken empfohlen (Kasten 1). Die Kombinationstherapie kann auch dabei helfen, überhaupt eine Therapie zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang werden Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Clomipramin genannt, wobei mit einer Ansprechrate von 60 bis 80 Prozent gerechnet wird. Speziell zu berücksichtigen sind der verzögerte Wirkungseintritt nach 4 bis 6 Wochen und der Eintritt des Wirkmaximums nach bis zu 12 Wochen. Die Erhaltungstherapie wird über 12 bis 24 Monate empfohlen. Nach Absetzen ist mit einer hohen Rückfallquote zu rechnen. Diese kann bei einer Kombination mit KVT gesenkt werden.

Zwangsstörungen: Neues bei Kindern

Prof. Susanne Walitza, ärztliche Direktorin Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich, stellte Neues in der Behandlung von Zwangsstörungen bei Kindern vor.

Die Prävalenz der Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen liegt bei 1 bis 2 Prozent. Prof. Walitza wies darauf hin, dass es bei Kindern zwei Jahre dauert, bis diese tatsächlich in die Therapie kommen. Wird gefragt, warum dieser lange Zeitraum verstreicht, wird häufig Scham als Grund angegeben. Neu gibt es auch bei den Kindern 3 grosse Änderungen in DSM-V:

Die Zwangsstörungen werden als eigenständige diagnostische Gruppe eingeordnet («Obsessive-Compulsive and Related Disorders»), die Einsicht muss eingeschätzt werden, und die Tic-assoziierte Zwangsstörung wird als Sub-Typ eingeschätzt.

Die Verhaltensexposition mit Exposition und Reaktionsverhinderung ist die Therapie der ersten Wahl. Bei schweren Fällen werden SSRI zusätzlich eingesetzt. Bei einer Zwangsstörung mit Lifetime-Tic-Störungen erfolgt die Augmentation häufiger mit Antipsychotika wie Risperidon und Aripiprazol.

Entscheidend ist laut Prof. Walitza, ob eine einfache Zwangsstörung vorliegt oder zusätzlich Komorbiditäten vorliegen, was Auswirkungen hat auf die Prädiktion der Behandlungswirkung. So sprechen Reinigungszwänge besser auf die Therapie an als Horten und Symmetriezwänge.

Mit zunehmendem Alter können zudem Persönlichkeitsstörungen auftreten. Um die genaue Diagnose zu stellen, braucht es ein ausführliches Interview und den Einbezug der Familie. Zusätzlich zur Verhaltenstherapie ist deshalb die Edukation und Beratung für die Familie zentral. Die Behandlungsmethoden sind dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen. Seit 2012 liegt erstmals ein neues und sehr anschauliches Therapiemanual für Kinder und Jugendliche vor (Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Gunilla Wewetzer und Christoph Wewetzer, Hofgrefe-Verlag, ISBN-10:3-8017-2343-7, 52.90 Franken). Mit «Ricky und die Spinne» hat die Universität Zürich zudem ein eigenes Online-Tool für Kinder mit

Kasten 1:

Pharmakologische Behandlung von Zwangsstörungen (Level A–C), basierend auf den WFSBP-Guidelines (1)

Diagnose	Behandlung	Evidenz-Kategorie	Empfohlene Dosis für Erwachsene
Zwangsstörungen	SSRI		
	Escitalopram (z.B. Ciprallex®)	A	10–20 mg
	Fluoxetin (z.B. Fluoxetine®), n.z.	A	40–60 mg
	Fluvoxamin (z.B. Floxyfral®)	A	100–300 mg
	Sertralin (z.B. Zoloft®)	A	50–200 mg
	Paroxetin (z.B. Deroxat®)	A	40–60 mg
	Citalopram (z.B. Seropram®)	B1	20–60 mg
	TZA		
	Clomipramin (z.B. Anafranil®)	A	75–300 mg
	SSNRI		
	Venlafaxin (z.B. Efexor®), n.z.	C	75–300 mg
	NaSSA		
	Mirtazapin (z.B. Remeron®), n.z.	B1	30–60 mg
Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht wirksam waren oder nicht toleriert wurden			
	MAO-Hemmer		
	Phenelzin n.z.	C	45–90 mg
Augmentierende Substanzen bei nur partiellem Ansprechen auf Antidepressiva			
	Antipsychotika		
	Quetiapin (z.B. Seroquel®), n.z. mg	B1	150–750 mg
	Olanzapin (z.B. Zyprexa®), n.z.	B1	5–20 mg
	Risperidon (z.B. Risperdal®), n.z. mg	B1	0,5–4 mg
	Haloperidol (z.B. Haldol®), n.z.	B1	bis 3 mg
	Betablocker		
	Pindolol (z.B. Visken®), n.z.	B1	7,5–10 mg

n.z.: in der Schweiz für die Indikation Zwangsstörung nicht zugelassen.

Dosierung teilweise abweichend von den Empfehlungen im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz (www.compendium.ch).

Prinzipiell ist immer eine Kombinationstherapie aus pharmakologischer Behandlung und kognitiver Verhaltenstherapie sinnvoll, da im Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie günstigere Langzeiteffekte nach Beendigung der Kombinationsbehandlung zu beobachten sind.

Kasten 2:

Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions-Reaktionsmanagement bei PTBS

Die **Prolonged Exposure Therapy** ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm, das aus den Elementen Psychoedukation, imaginäre Exposition und In-vivo-Exposition besteht und sich für die Anwendung bei verschiedenen Arten traumatischer Ereignisse eignet. Die imaginative Konfrontation mit dem Trauma wird in allen Sinnesmodalitäten über zirka 4 bis 8 Sitzungen wiederholt, bis die Angst während der Exposition deutlich zurückgeht. Die Therapiesitzung wird auf Ton-

träger aufgenommen; die Patienten erhalten die Aufgabe, sich die Aufzeichnungen zuhause täglich anzuhören.

Bei der **Cognitive Processing Therapy (CPT)** wird die Konfrontation mit dem Trauma auf die schlimmsten Momente (hot spots) und auf wenige Wiederholungen begrenzt.

Während der Konfrontation werden Methoden der kognitiven Umstrukturierung (z.B. sokratischer Dialog) angewendet. Neben der Habituation an die Angst ist die Korrektur ir-

rationaler Bewertungen des Traumas, wie z.B. Schuld- und Schamgefühle, therapeutisches Ziel.

Das **Imaginary Rescripting** und **Anti-Albtraumtraining** verfolgt die Konfrontation mit der Traumasequenz oder dem Albtraum, deren Veränderung durch eine imaginäre Konfrontation mit komplementären Verhaltens- und Gefühlsinhalten beziehungsweise einem alternativen Traum mit günstigem Ausgang.

Zwangsstörungen entwickelt (www.rickyandthespider.uzh.ch).

Posttraumatische Belastungsstörungen evidenzbasiert behandeln

Prof. Martin Keck geht auch auf die neuen Behandlungsempfehlungen bei posttraumati-

schen Belastungsstörungen (PTSD) ein, die eine verzögerte oder protrahierte Traumafolgestörung bezeichnen. Diese Störung geht fast immer mit tiefgreifender Verzweiflung einher, begleitet von anhaltenden Erinnerungen oder Wiedererleben (Intrusionen, Alpträume, Flashbacks, körperliche Reaktionen bei Hin-

weisereizen). Sie führt zu Vermeidungsverhalten und einem erhöhten Erregungsniveau/Hypervigilanz oder zu einer Amnesie. Ihre Prävalenz reicht von 10 Prozent nach Verkehrsunfällen bis 50 Prozent nach Folter. Auch hier wird in den neuen Behandlungsempfehlungen die evidenzbasierte Psychotherapie als Behand-

Kasten 3:

Pharmakologische Behandlung der PTBS (Level A–D), basierend auf den WFSBP-Guidelines (1)

Diagnose	Behandlung	Evidenz-Kategorie	Empfohlene Dosis für Erwachsene
Posttraumatische Belastungsstörung	SSRI		
	Fluoxetin (z.B. Fluoxetine) n.z.	A	20–40 mg
	Sertralin (z.B. Zoloft®)	A	50–100 mg
	Paroxetin (z.B. Deroxat®)	A	20–40 mg
	SSNRI		
	Venlafaxin (z.B. Efexor®) n.z.	A	75–300 mg
	TZA		
	Amitriptylin (z.B. Saroten®) n.z.	B1	75–200 mg
	Imipramin (z.B. Tofranil®) n.z.	B1	75–200 mg
Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht wirksam waren oder nicht toleriert wurden			
	NaSSA		
	Mirtazapin (Remeron®) n.z.	B1	30–60 mg
	Antipsychotika		
	Risperidon (z.B. Risperdal®) n.z.	B1	0,5–2 mg
	Olanzapin (z.B. Zyprexa®), nur als Zusatz, n.z.	B1	5–15 mg
	α1-Antagonist		
	Prazosin, nur bei Albträumen, n.z.	B1	1–5 mg
	Antiepileptikum		
	Lamotrigin (z.B. Lamictal®) n.z.	B1	25–500 mg
	MAO-Hemmer		
	Phenelzin, n.z.	C	45–90 mg

n.z.: in der Schweiz für die Indikation Posttraumatische Belastungsstörungen nicht zugelassen.
Dosierungen teilweise abweichend von den Empfehlungen im Arzneimittel-Kompendium (www.compendium.ch).

lung der ersten Wahl genannt. Prof. Keck führt dies weiter aus und nennt die kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions-Reaktionsmanagement (traumafokussiert), die Psychoedukation, imaginäre und in-vivo-Exposition (Prolonged Exposure Therapy), die Konfrontation auf die schlimmsten Momente begrenzt, (hot spots; Cognitive Processing Therapy) sowie Imaginary Rescripting und Anti-Albtraumtraining (Kasten 2). Ebenso findet das Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Erwähnung. Dieses basiert auf der Hypothese, dass PTSD auf einer falschen Speicherung im impliziten Gedächtnis beruht, welchem mit einem neuen assoziativen Verarbeitungsprozess mit Überführen des traumatischen Erlebnisses in das adaptive kontextuelle Gedächtnis entgegengewirkt werden kann. Für eine mögliche Überlegenheit einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie gegenüber den jeweiligen Massnahmen gibt es keinerlei ausreichende Evidenz. Die medikamentöse Therapie ist bei PTSD allerdings indiziert, wenn die alleinige Psychotherapie nicht ausreichend ist beziehungsweise bei Komorbidität, zum Beispiel Depression, Angsterkrankun-

gen, dissoziativen Störungen, somatoformen Störungen oder Suchterkrankungen. In diesem Zusammenhang werden hauptsächlich die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin oder der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Venlafaxin (Level A) genannt (Kasten 3). Spricht der Patient auf die Therapie an, so soll diese über mindestens 12 Monate fortgeführt werden.

PTBS: Die Therapie ist komplex

Dass die Therapie der PTBS komplex und jeder Patient individuell zu behandeln ist, verdeutlichte Prof. Andreas Maercker, Ordinarius für Psychopathologie und Klinische Interventionen an der Universität Zürich und Leiter der Spezialambulatorien für Traumafolgen, Altersprobleme und Online-Therapien.

In zwei Fallbeispielen wies er auf die Vielfältigkeit und Komplexität der unterschiedlichen Patientenschicksale hin. Eine Versicherungsangestellte berichtete beispielsweise in seiner Praxis, dass sie nach dem direkten Erlebnis eines Bombenanschlags in Ägypten «nicht mehr die Alte» sei. Sie fühle sich häufiger

niedergeschlagen und sei insgesamt krankheitsanfälliger, weshalb sie eine Entlassung befürchte. Bei der Untersuchung zeigte sich das Vollbild einer PTBS mit gelegentlichen Flashbacks (Explosion, Schreien, Blut), die rund zweimal im Monat in Form von Albträumen auftraten.

Im zweiten Fall wurde eine 65-jährige Frau von ihrer Tochter zur Kontaktaufnahme ermuntert. Die Frau ist Heimkind («Verdingkind») gewesen. Bereits vor 20 Jahren ist sie 6 Monate stationär wegen Depressionen und Persönlichkeitsstörungen in Behandlung gewesen. Allerdings ohne Erfolg. Seit dem Tod des dritten Lebenspartners geht es ihr ständig schlecht. Bei der Untersuchung zeigen sich eine rezidivierende depressive Störung und die Diagnose einer PTBS beziehungsweise andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung (F62.0). Die Patientin hat sehr lebendige und belastende Erinnerungen an die Details der Heimzeit und deutet mehrfachen sexuellen Missbrauch durch Verdingbauern an.

Weshalb die Diagnose eines PTBS auch noch nach Jahrzehnten aktuell sein kann, erklärte

Andreas Maercker anhand des Belastungsverlaufs: So können in den ersten Tagen und Wochen nach der akuten Belastungsreaktion erste PTB-Symptome auftreten. Setzt keine Spontanremission ein, chronifiziert sich die Symptomatik bei 10 bis 15 Prozent der Patienten. Bei 7 Prozent der Betroffenen können die Symptome der Traumatisierung sogar erst nach Jahren auftreten. Häufig suchen die Betroffenen trotzdem keine Hilfe. Als Grund für dieses Verhalten führte der Experte die Überzeugung des Betroffenen an, dass sowieso niemand helfen könne, oder die Angst, dass alte Wunden wieder aufgerissen werden. Wird dann doch der Schritt zum Therapeuten gewagt, sind es oftmals Depressionen, Leistungsversagen, Partnerprobleme oder Angst- oder Schlafstörungen als Hauptgründe für die Bereitschaft zur Therapie. Die Prolonged Exposure Therapy gilt als Goldstandard in der Behandlung der PTSD.

Die Präsidentin der SGAD, Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler, Extraordinaria für klinische Stress- und Traumaforschung, Leiterin des Zentrums für Affektive, Stress- und Schlafstörungen (ZASS), Chefärztin Stv. Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatri-

sche Kliniken (UPK), Basel, schliesst den Teil über die Behandlungsempfehlungen mit dem Hinweis, dass Leitlinien für idealtypische Patienten ohne Komorbiditäten entwickelt werden und dass im Einzelfall das Know-how und die Erfahrung des Arztes als Ergänzung zu den Behandlungsempfehlungen essenziell sind.

Botox – nicht nur in der Schönheitschirurgie

PD Dr. med. M. Axel Wollmer, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinik Nord, Hamburg (D), stellte die Behandlung der Depression mit Botox dar. Alex Wollmer zeigte eindrücklich, dass Botox mehr kann als nur Stirnfalten glätten. Im Rahmen seiner Studie erhielt die Hälfte der 30 Patienten, deren Depression zum Teil bereits seit langer Zeit bestand und sich unter Behandlung mit Antidepressiva nicht ausreichend gebessert hatte, Botulinumtoxin. Die andere Hälfte erhielt eine Placeboinjektion. Bereits nach 2 Wochen waren die Patienten der Botulinumtoxin-Gruppe weniger depressiv. Nach 6 Wochen hatte sich bei 60 Prozent der Schweregrad der Depressions-Symptomatik mindestens halbiert. Dieser Effekt verstärkte sich weiter bis zum Ende der

Studie nach 16 Wochen. In der Placebogruppe besserten sich die Symptome nur geringfügig. Die Messung bestand in einer Selbst- und Fremdbeurteilung von depressiven Symptomen wie gedrückter Stimmung, verminderter Antrieb und Freudlosigkeit. Dies sind vielversprechende Daten, und Dr. Wollmer führt aus, dass Botulinumtoxin durchaus eine Option für das Management depressiver Patienten sei, auch wenn diese Behandlungsform noch weiterer klinischer Studien und Untersuchungen bedarf. ●

Annegret Czernotta

Quellen:

1. Mediendossier zum 4. Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SF MAD) der Schweizerischen Gesellschaft für Angststörungen und Depression, 18. April, Zürich, Hotel Marriott.
2. Die Behandlung der Angsterkrankungen, Teil 2: Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung, Schweiz Med Forum 2013; 13(17): 337–344.

Referenz:

1. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ and WFSBP task force on treatment guidelines for anxiety obsessive-compulsive post-traumatic stress disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry. 2008; 9: 248–312.