

Die Behandlung der Angsterkrankungen

Teil 2: Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung¹

Martin E. Keck^a, Axel Ropohl^a, Guido Bondolfi^a, Corinna Constantin Brenni^b, Josef Hättenschwiler^a, Martin Hatzinger^c, Ulrich Michael Hemmeter^a, Edith Holsboer-Trachsler^a, Wolfram Kawohl^b, Christine Poppe^b, Martin Preisig^a, Stefan Rennhard^a, Erich Seifritz^a, Steffi Weidt^b, Susanne Walitza^{a, b}, Michael Rufer^b

Einleitung

Diese Behandlungsempfehlungen basieren auf der internationalen Leitlinie der *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)* [1]. In die Empfehlungen sind zudem Aspekte weiterer relevanter Leitlinien mit eingeflossen (*National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN). Diese Empfehlungen fassen die evidenzbasierten Therapiestrategien (bester Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin) zur Behandlung der Zwangsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung nach den Kriterien der «International Classification of Diseases» (ICD-10, WHO-Version 2010) zusammen (Tab. 1 ↩).

Die Definitionen zu den Evidenz-Kategorien der WFSBP (Level A–E) sowie die Einführung zu den verschiedenen psychopharmakologischen Substanzklassen, die zur Behandlung von Angsterkrankungen zur Verfügung stehen, finden sich in Tabelle 2 ↩ bzw. im Teil 1 dieses Artikels [2].¹ Die Behandlungsempfehlungen beschränken sich auf die eigentlichen Zwangsstörungen (ICD-10: F42) und die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Andere Störungen aus dem Zwangsspektrum, wie Tic-Störungen, Trichotillomanie und autoimmune, durch Streptokokken-Infektionen ausgelöste, neuropsychiatrische Störungen bei Kindern (PANDAS), werden nicht behandelt.

Im Gegensatz zur ICD-10 wurden Zwangsstörungen und die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) nach der Klassifikation des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA 1994)* der Gruppe der Angsterkrankungen zugeordnet. Im neuen DSM-V (Mai 2013) werden Zwangsstörungen als eigenständige diagnostische Gruppe eingeordnet («Obsessive-Compulsive and Related Disorders»), ebenso die PTSD («Trauma- and stressor-related disorders»).

Methodische Kriterien bestimmen die Evidenz; das heisst, die Bewertung der Wirksamkeit einer Intervention basiert in der Regel auf randomisierten kontrollierten Studien (RCT). Aus dem Fehlen von RCT für einzelne Behandlungen kann jedoch nicht der Rückschluss gezogen werden, dass diese Verfahren nicht wirksam sind. Methodisch bedingt können RCT den Nutzen spezifischer psycho-

oder pharmakotherapeutischer Verfahren unter den real existierenden Versorgungsbedingungen (effectiveness) nur eingeschränkt abbilden. Insbesondere für komplexe, therapieresistente oder kombinierte Erkrankungen existiert derzeit nur unzureichende empirische Evidenz. Hier sind daher häufig individualisierte Behandlungsstrategien mit beispielsweise unterschiedlichen Psychotherapieverfahren erforderlich, die erfahrungsgeleitet und wirkungsorientiert eingesetzt werden.

Die Behandlungsempfehlung setzt eine gründliche diagnostische Abklärung durch einen Arzt voraus, wobei andere psychische und somatische Erkrankungen ausgeschlossen und symptomauslösende Faktoren (u.a. psychotische Erkrankungen, psychosoziale Stressfaktoren, Medikamente wie beispielsweise Schilddrüsenhormone) berücksichtigt werden müssen. Die Indikationen für die Grundelemente der psychiatrischen Behandlung (aktiv abwartende Begleitung, Psychoedukation, Klärung psychosozialer Einflussfaktoren, Einbezug von Angehörigen, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung, Kombinationstherapie) sollten während der gesamten Behandlung unter Berücksichtigung von klinischen Faktoren wie Symptomschwere, Erkrankungsverlauf und Patientenpräferenz geprüft werden. Es wird empfohlen, die Pharmakotherapie immer in eine multimodale Therapie einzubetten. Für jeden Patienten sollte ein individueller Therapieplan erstellt werden, der unter anderem Begleiterkrankungen, frühere Behandlungsversuche und den Schweregrad der Erkrankung berücksichtigt. Der Gesamtbehandlungsplan sollte zudem die psychosoziale Wiedereingliederung und den Einbezug der Angehörigen beinhalten. Wir weisen darauf hin, dass zahlreiche der in diesen Behandlungsempfehlungen aufgeführten Medikamente in der Schweiz nicht für die Therapie von Zwangserkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen zugelassen sind.

Behandlungsempfehlungen und Leitlinien definieren generell einen Mindeststandard, der sich aus den Ergebnissen von qualitativ hochwertigen Studien mit idealtypischen

¹ Teil 1 dieser Empfehlungen («Die Behandlung der Angsterkrankungen: Panikstörungen, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien») ist erschienen in SMF 2011;11(34):558–66.

Die Erstellung dieser schweizerischen Behandlungsempfehlung der SGAD, SGZ, SGBP und SGPP wurde von keiner kommerziellen Organisation finanziell unterstützt.

Gemeinsame Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD)^a, der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ)^{b,*}, der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)^c, in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) unter Mitarbeit der SGPP-Repräsentanten Yvette Attinger-Andreoli, Christian Bernath, Daniel Bielinski, Anouk Gehret, Julius Kurmann
* Für den Teil Zwangsstörungen.

Tabelle 1

Kurzbeschreibung von Zwangsstörungen und posttraumatischer Belastungsstörung nach ICD-10-Definition (WHO 2010).

Zwangsstörungen

Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich sowie häufig als abstossend und beschämend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte. Im Allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärken sich unangenehme Gefühle (z.B. Angst, Ekel) deutlich. Lebenszeitprävalenz: 2,5%.

Posttraumatische Belastungsstörung

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren. Die letztgenannten Faktoren sind aber weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Pathognomonische und für die Diagnosestellung unabdingbare Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert, und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung oder Besserung erwartet werden. Die Störung kann nach Jahren des chronischen Verlaufs in eine andauernde Persönlichkeitsänderung übergehen (F62.0). In Abhängigkeit von der Art des Traumas und weiteren prä-, peri- und posttraumatischen Variablen entwickeln ca. 10% (Verkehrsunfall) bis 50% (Vergewaltigung, Folter, Kriegserlebnisse) der Betroffenen eine posttraumatische Belastungsstörung. Lebenszeitprävalenz in Europa: 1,5–2%. Es besteht ein hohes Chronifizierungsrisiko.

Tabelle 2

Evidenz-Kategorien. Die Kategorien (WFSSBP) basieren auf der Wirksamkeit der Psychotherapieverfahren und Medikamente, ohne Berücksichtigung ihrer Vor- und Nachteile im Hinblick auf allfällige Nebenwirkungen und Wechselwirkungen [1, 2].

A. Positive Evidenz

Basiert auf:
 2 oder mehr randomisierten Doppelblind-Studien, die eine Überlegenheit gegenüber Plazebo zeigen, und
 1 oder mehr positive Doppelblind-Studien zeigen Überlegenheit bzw. Gleichwirksamkeit gegenüber einer Referenzsubstanz. Wenn negative Studien vorliegen (Studien, die keine bessere Wirksamkeit als Plazebo oder schlechtere Wirksamkeit als eine Referenzsubstanz zeigen), müssen diese durch mindestens 2 zusätzliche positive Studien ausgeglichen werden. Die Studien müssen bestimmte methodologische Standards erfüllen (standardisierte diagnostische Kriterien, optimale Stichprobengrösse, adäquate psychometrische Skalen, adäquate statistische Methoden, adäquate Vergleichssubstanzen usw.).

B. Vorläufige positive Evidenz

Basiert auf:
 B1. 1 oder mehr randomisierte Doppelblind-Studien, die Überlegenheit gegenüber Plazebo zeigen, oder
 B2. 1 oder mehr positive naturalistische offene Studien mit mehreren Patienten oder
 B3. 1 oder mehr positive Fallberichte und keine negativen Studien existieren

C. Widersprüchliche Ergebnisse

Kontrollierte positive Studien stehen einer ungefähr gleichen Anzahl negativer Studien gegenüber

D. Negative Evidenz

Die Mehrheit der kontrollierten Studien zeigt keine Überlegenheit gegenüber Plazebo oder Unterlegenheit gegenüber einer Vergleichssubstanz

E. Fehlende Evidenz


Adäquate Studien, die Wirksamkeit bzw. Nichtwirksamkeit zeigen, fehlen

Patienten ohne Komorbiditäten ableitet. Jeder Arzt hat nach den bewährten Grundsätzen der ärztlichen Sorgfalt die Pflicht, im Rahmen seiner Einzelfallbeurteilung in medizinisch begründeten Fällen zum Wohle des Patienten von den Empfehlungen abzuweichen. Es wäre keinesfalls statthaft, aus den Behandlungsempfehlungen voreilige ökonomische Schlussfolgerungen abzuleiten.

Die Behandlung von Zwangsstörungen

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist Behandlung der ersten Wahl. Die SGPP anerkennt grundsätzlich folgende wissenschaftlich begründeten Psychotherapiemethoden: psychoanalytisch orientierte Therapie, kognitive Verhaltenstherapie sowie die systemische Therapie. Die Entscheidung für eine spezifische psychotherapeutische Behandlung hängt auch von Faktoren wie der Präferenz des Patienten oder der Verfügbarkeit ab. Die kognitive Verhaltenstherapie mit Reizkonfrontation und Reaktionsmanagement gilt

bei der Behandlung von Zwangsstörungen als Therapieverfahren der ersten Wahl, ihre Wirksamkeit wurde in zahlreichen RCT belegt, die Mehrzahl der so behandelten Patienten erfuhr eine deutliche Besserung der Zwangssymptome (Level A). Es existiert bis heute keine empirische Evidenz für die Wirksamkeit anderer Psychotherapieverfahren. Kernelement der kognitiven Verhaltenstherapie ist die therapeutenbegleitete Exposition mit Reaktionsmanagement [1, 3]. Diese sollte vor allem *in vivo* durchgeführt werden, das heisst in den relevanten Alltagssituationen des Patienten. Tabelle 3  gibt einen Überblick über die relevanten Komponenten evidenzbasierter Psychotherapie.

Ein wesentlicher klinischer Einflussfaktor ist das häufige Vorliegen einer oder mehrerer komorbider psychischer Erkrankungen, beispielsweise schwergradige Depressionen, die ebenfalls eine pharmakologische Behandlung notwendig machen können. Diese Patienten sind derzeit nicht ausreichend in RCT repräsentiert. Bei schwergradiger Symptomatik oder Komorbidität werden viele Patienten erst durch die pharmakologische Behandlung in die

Tabelle 3

Wichtige Bestandteile der evidenzbasierten Psychotherapie von Zwangsstörungen.

Bedingungs- und Funktionsanalysen

Wegen der meist hohen Komplexität der Zwangsstörungen werden in der Regel multimodale kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte angewandt. In Ergänzung zur Symptomtherapie mittels Expositions-Reaktionsmanagement und kognitiver Therapie werden weitere kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden und häufig auch systemische, psychodynamische und achtsamkeitsbasierte Elemente genutzt. Die Auswahl der Bausteine erfolgt individuell auf der Basis einer sorgfältigen Verhaltensanalyse. Entscheidend ist hierbei eine genaue biographische Analyse zur Identifizierung ursächlicher, auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen für die Zwangssymptomatik und allenfalls die Komorbiditäten. Eine wichtige Rolle spielen oft auch intrapsychische und/oder interpersonelle Funktionalitäten der Symptomatik:

Intrapsychische Funktion: Beispielsweise die Kompensation starker Selbstzweifel oder das Überdecken eines Gefühls innerer Leere bei fehlenden sinngebenden Aktivitäten.

Interpersonelle Funktion: Betrifft häufig die Beziehungsregulation zu nahen Bezugspersonen durch Zwangssymptome.

Werden bestehende funktionale Zusammenhänge nicht erkannt und bearbeitet, können sich Probleme hinsichtlich Therapiemotivation und -verlauf ergeben und/oder es treten nach Therapieende Rückfälle auf [3].

Exposition mit Reaktionsmanagement

Bei der Exposition mit Reaktionsmanagement, welche Kernbestandteil der kognitiven Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen ist, werden zwei Formen unterschieden:

Exposition in sensu (imaginäre Exposition): Vorstellungsbildungen bzgl. der angstauslösenden Zwangsgedanken bzw. Situationen. Dabei werden möglichst alle Sinnesmodalitäten mit einbezogen. Bei der Therapie der Zwangsstörungen spielt diese Form im Vergleich zur Exposition *in vivo* eine untergeordnete Rolle, sie kommt am ehesten bei reinen Zwangsgedanken zur Anwendung.

Exposition in vivo (reale Exposition): Konfrontation mit einer realen, Angst (oder andere unangenehme Gefühle wie Ekel) auslösenden Situation. Die Exposition sollte vor allem anfangs therapeutenbegleitet in den Alltagssituationen des Patienten durchgeführt werden, zum Beispiel bei ihm zu Hause. Die einzelne Expositionsübung wird erst beendet, wenn die unangenehme emotionale Reaktion nachgelassen hat. Die neuen Erfahrungen während der Exposition helfen dem Patienten, seine bisherigen Zwangsbefürchtungen zu korrigieren und die Situationen anders als bisher einzuschätzen.

Kognitive Interventionen

Das kognitive Modell besagt, dass die Gedanken eines Menschen seine Gefühle und Verhaltensweisen beeinflussen. Entsprechend früherer (Lern-)Erfahrungen werden bestimmte Grundannahmen entwickelt, auf deren Basis in der Folge aktuelle Ereignisse interpretiert werden. Bei der Therapie von Zwangserkrankungen geht es um die Identifikation, Überprüfung (Logik, Gültigkeit, Angemessenheit) und Korrektur von aufdringlichen (Zwangs-)Gedanken und deren Bewertung. Hinzu kommt die Modifikation von dahinter stehenden Grundannahmen (Metakognitionen, z.B. «Meine negativen Gedanken zeigen, dass ich ein schlechter Mensch bin»).

Lage versetzt, eine psychotherapeutische Behandlung durchzuführen. Durch eine Kombination der kognitiven Verhaltenstherapie mit einer SSRI-Medikation lassen sich in bestimmten Fällen (z.B. ausgeprägte Zwangsgedanken, komorbide Depression) bessere Therapieergebnisse erzielen [4, 5]. Für die Psychotherapie gilt, dass eine Neubeurteilung erfolgen sollte, wenn innerhalb von 4–6 Wochen alleiniger Therapie keinerlei Ansprechen zu verzeichnen ist.



Pharmakologische Behandlung

Die pharmakologische Behandlung von Zwangsstörungen mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und dem trizyklischen Antidepressivum (TZA) Clomipramin zeigt gute Ansprechraten von 60–80% [1]. Die durchschnittliche Symptomreduktion beträgt 40–50%. Die Wirkung kann mit mehr als 4–6 Wochen Verzögerung einsetzen, bis zum Eintritt des Wirkungsmaximums müs-

sen im Einzelfall 8–12 Wochen gerechnet werden. Die Erhaltungstherapie nach Besserung resp. Remission sollte im Vergleich zur Behandlung anderer Angsterkrankungen deutlich länger sein (mindestens 12–24 Monate). Die Behandlungsdauer hängt jedoch im Einzelfall stets von individuellen Faktoren ab und kann deutlich kürzer (z.B. bei erfolgreich angewandten verhaltenstherapeutischen Zwangsbewältigungsstrategien) oder länger (z.B. bei weiterbestehenden erheblichen psychosozialen Belastungen) notwendig sein. Die erforderliche Medikamentendosis ist oftmals höher als bei der Behandlung von Depressionen und anderen Angsterkrankungen, wichtig ist die stufenweise Auftitrierung nach individueller Verträglichkeit unter regelmässigen EKG- und Laborkontrollen [1].

Die Serotonin-Wiederaufnahmehemmung ist zentraler pharmakodynamischer Ansatzpunkt. Im direkten Vergleich waren Substanzen, die hauptsächlich die Wiederaufnahme von Noradrenalin hemmen (z.B. Desipramin, Nortriptylin), weniger wirksam als SSRI. Die SSRI Escitalopram, Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin sind Medikamente der ersten Wahl (Level A), allerdings ist Fluoxetin für diese Indikation in der Schweiz nicht zugelassen. Das TZA Clomipramin zeigt eine mit den SSRI vergleichbare Wirksamkeit (Level A), ist jedoch weniger gut verträglich (anticholinerge Nebenwirkungen). Sowohl das SSRI Citalopram als auch das noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressivum (NaSSA) Mirtazapin können als Medikamente zweiter Wahl angesehen werden; ihre Wirksamkeit ist durch Studien belegt (Level B1), aber auch für Mirtazapin besteht in der Schweiz bezüglich der Zwangserkrankungen keine Zulassung.

Die Resultate zur Wirksamkeit des irreversiblen Monoaminoxidase-(MAO-)Hemmers Phenelzin und des selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmers (SSNRI) Venlafaxin sind inkonsistent (Level C). Venlafaxin wurde bislang nicht in plazebokontrollierten Studien bei Zwangserkrankungen untersucht, Vergleichsstudien sprechen aber für eine vergleichbare Wirksamkeit wie unter Paroxetin oder Clomipramin. Phenelzin kann im Einzelfall zur Behandlung von Patienten, die nicht auf eine Behandlung mit SSRI oder TZA angesprochen haben, indiziert sein.

Bei unzureichendem Ansprechen auf ein SSRI trotz ausreichend langer Einnahme und hoher Dosierung wird primär die Augmentation mit einem (niedrig dosierten) atypischen Antipsychotikum empfohlen. Tabelle 4  gibt eine Übersicht über die pharmakologische Behandlung von Zwangsstörungen. Im klinischen Alltag können im Einzelfall höhere Dosierungen als angegeben notwendig werden. Abbildung 1  zeigt den empfohlenen Behandlungsalgorithmus.

Weitere Therapieoptionen

Andere nichtpharmakologische Therapieoptionen für die Behandlung von Zwangsstörungen sind wenig erprobt und zum Teil umstritten. Für die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) finden sich in der Literatur zwar einige randomisierte, kontrollierte Studien, allerdings sind diese Studien unter anderem wegen unterschiedlicher Stimulationsparameter nur bedingt miteinander vergleichbar, so dass letztlich keine ausreichende Evidenz für eine Wirksamkeit der rTMS bei der Zwangsstörung vorliegt [4]. Bezüglich der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) leitet sich die Evidenz vor allem aus Einzelfallbeobachtungen

Tabelle 4

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. Cipralex®)	A	10–20 mg
		Fluoxetin (z.B. Fluctine®), n.z.	A	40–60 mg
		Fluvoxamin (z.B. Floxyfral®)	A	100–300 mg
		Sertralin (z.B. Zolof®)	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	
<i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht wirksam waren oder nicht toleriert wurden</i>				
	MAO-Hemmer	Phenelzin, n.z.	C	45–90 mg
<i>Augmentierende Substanzen bei nur partiellem Ansprechen auf Antidepressiva</i>				
	Antipsychotika	Quetiapin (z.B. Seroquel®), n.z.	B1	150–750 mg
		Olanzapin (z.B. Zyprexa®), n.z.	B1	5–20 mg
		Risperidon (z.B. Risperdal®), n.z.	B1	0,5–4 mg
		Haloperidol (z.B. Haldol®), n.z.	B1	bis 3 mg
	Beta-Blocker	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.



Abbildung 1

Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen (nach www.zwaenge.ch).

ab (Level B3), zuverlässige Wirksamkeitsnachweise zur Begründung einer Indikation für die EKT bei therapieresistenter Zwangsstörung fehlen aber [4]. Neurochirurgische Eingriffe wie die tiefe Hirnstimulation (THS) oder neuronale Methoden können bei schweren und therapieresistenten, die Lebensführung stark behindernden Zwangsstörungen als *ultima ratio* in Frage kommen [4]. Auch bei der THS gilt, Nebenwirkungen der Stimulation wie affektive Symptome oder Sedierung sowie die allgemeinen Risiken eines neurochirurgischen Eingriffs zu beachten.

Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist Behandlung der ersten Wahl. Für die Therapie der PTBS eignet sich eine traumafokussierte, psychotherapeutische Behandlung (z.B. traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie, Prolonged Exposure Therapy, Eye-Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR], allenfalls Stressbewältigungsstrategien). Diese ist einer medikamentösen Behandlung vorzuziehen (Level A). Eine pharmakologische Behandlung kann in Abhängigkeit von Ausprägung, Schwere und komorbiden Störungen (z.B. Depressionen, weitere Angststörungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen) adjuvant verabreicht werden [7]. Das psychotherapeutische Konzept zur Behandlung der PTBS beinhaltet drei Phasen: Stabilisierung, Traumabearbeitung und psychosoziale Reintegration. Regressionsfördernde Verfahren sollten nicht zur Anwendung kommen [7]. In einer Metaanalyse verschiedener traumadaptierter Psychotherapieverfahren zeigten sich gleichermaßen die expositionsbasierten Therapieverfahren traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und EMDR (Tab. 5), in geringerem Ausmass auch Stressbewältigungsansätze und die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, wirksam [8]. Die *Prolonged Exposure Therapy* gilt aufgrund zahlreicher Wirksamkeitsnachweise als evidenzbasierter Goldstandard, zeigte in einer Metaanalyse in ihrer Wirksamkeit jedoch keine signifikante Überlegenheit zu anderen traumaspezifischen, aktiven psychotherapeutischen Behandlungsverfahren wie beispielsweise EMDR, *Cognitive Processing Therapy (CPT)* oder *Imagery Rescripting*

Tabelle 5

Definitionen der expositionsbasierten Psychotherapiebestandteile, die evidenzbasiert zur Behandlung von PTBS eingesetzt werden können.

Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Das der EMDR zugrundeliegende Krankheitsmodell besagt, dass schwerwiegende, traumatische Erfahrungen zu einer Störung der normalen Informationsverarbeitung führen und es somit zu einer falschen Speicherung des traumatischen Erlebnisses im impliziten Gedächtnis kommt. Während einer EMDR-Behandlung wird der Patient dazu aufgefordert, sich in die traumatische Situation zurückzusetzen und die negativen Assoziationen, die mit dem Trauma zusammenhängen, zu erleben. Dabei wird gleichzeitig die Aufmerksamkeit des Patienten durch eine physische, bilaterale Stimulation in Form von Augenbewegungen, Berührungen oder Geräuschen in Anspruch genommen. Hierdurch soll ein assoziativer Verarbeitungsprozess zustande kommen und das traumatische Erlebnis in das adaptive kontextuelle Gedächtnis überführt werden bzw. die Erinnerung daran verblasst mit der Folge einer affektiven Entlastung der Betroffenen.

Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions-Reaktionsmanagement

vgl. auch Tabelle 3

Mit der *Prolonged Exposure Therapy* wurde ein strukturiertes Behandlungsprogramm entwickelt, 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 ca. vier bis acht Sitzungen wiederholt, bis die Angst während der Exposition deutlich zurückgeht. Die Therapiesitzung wird auf Tonträger 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 irrationaler Bewertungen des Traumas, wie z.B. Schuld- und Schamgefühle, therapeutisches Ziel.

Das *Imagery Rescripting und Antialptraumtraining* verfolgt die Konfrontation mit der Traumasequenz oder dem Alptraum, deren Veränderung durch eine imaginäre Konfrontation mit komplementären Verhaltens- und Gefühlsinhalten bzw. einem alternativen Traum mit günstigem Ausgang.

(Tab. 5) [9]. Für eine mögliche Überlegenheit einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie gegenüber den jeweiligen Massnahmen allein gibt es keine ausreichende Evidenz [7, 10].

Die Leitlinien des *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* empfehlen in Abhängigkeit vom Schweregrad und vom Verlauf der Symptomatik ein mehrstufiges Vorgehen mit Überwachung und Begleitung nach Trauma, Kurzzeittherapie, traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie oder EMDR [6].

Pharmakologische Behandlung

Eine pharmakologische Therapie bei PTBS ist dann indiziert, wenn Patienten auf eine psychotherapeutische Behandlung nicht ansprechen oder wenn die sehr häufigen komorbiden Erkrankungen (z.B. Depressionen, weitere Angsterkrankungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen) behandelt werden müssen [1]. Erste Wahl sind die SSRI Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin oder das SSNRI Venlafaxin (Level A). Dabei ist zu beachten, dass derzeit in der Schweiz ausschliesslich Paroxetin und Sertralin für diese Indikation zugelassen sind. Die Wirksamkeit von Amitriptylin, Imipramin, Mirtazapin, Risperidon und Lamotrigin ist durch verschiedene plazebo-kontrollierte Studien belegt (Level B1). Ein gutes Therapieansprechen kann auch mit den folgenden Wirkstoffen oder Wirkstoff-Kombinationen erreicht werden: Citalopram,

Escitalopram, Fluvoxamin, Moclobemid, Tianeptin, Quetiapin, Olanzapin, Phenytoin, Carbamazepin, Gabapentin, Lamotrigin, Topiramamat, Memantin, die Zugabe von Triiodothyronin zu einem SSRI, Imipramin in Kombination mit Clonidin (Level B2), Kombination von Quetiapin mit Venlafaxin oder Zugabe von Gabapentin zu einem SSRI (Level B3) [1].

PTBS sind oft chronisch und erfordern eine Langzeitbehandlung von mindestens 12–24 Monaten, dazu sind die SSRI Fluoxetin und Sertralin sowie das SSNRI Venlafaxin besonders geeignet. Die Frequenz von Alpträumen, die im Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis stehen, kann durch eine Behandlung mit dem α 1-Antagonisten Prazosin verringert werden (Level B1). In Tabelle 6 ist die pharmakologische Behandlung der PTBS zusammenfassend dargestellt. Im klinischen Alltag können im Einzelfall höhere Dosierungen als angegeben notwendig werden.

Weitere Therapieoptionen

Die Datenlage zu anderen, nichtpharmakologischen Behandlungsmethoden ist schwach, lediglich für die transkranielle Magnetstimulation (rTMS) konnte in Studien eine gewisse Wirksamkeit belegt werden.

Medikamentöse Behandlung von Zwangsstörungen und posttraumatischer Belastungsstörung in speziellen Situationen

Ältere Patienten

Es müssen folgende Faktoren beachtet werden: Erhöhte Sensibilität im Hinblick auf anticholinerge Eigenschaften (z.B. bei TZA oder bestimmten SSRI, z.B. Paroxetin), extrapyramidale Symptome, erhöhtes Risiko für eine orthostatische Hypotonie und EKG-Veränderungen und mögliche paradoxe Reaktionen auf Benzodiazepine. Daher ist die Behandlung mit TZA oder Benzodiazepinen weniger günstig, während SSRI und SSNRI sicher erscheinen. Altersbedingte physiologische Veränderungen können zu Veränderungen in der Metabolisierung und Pharmakokinetik der Medikamente führen. Insgesamt existieren nur wenige Studien zur Behandlung von Angsterkrankungen bei älteren Patienten: Escitalopram, Citalopram und Venlafaxin waren sicher und wirksam [1]. Bei Verordnung von SSRI und SSNRI ist an das seltene Risiko eines SIADH mit Hyponatriämie zu denken bzw. bei SSRI an das geringe Risiko einer erhöhten gastrointestinalen Blutungsneigung bei Risikopatienten. Obwohl sich dies grundsätzlich in jedem Fall empfiehlt, wird gemäss den S3-Leitlinien der DGPPN beim Auftreten von Zwangsstörungen bei Patienten über 50 Jahre explizit eine neurologische Diagnostik empfohlen, um eine organische Genese auszuschliessen. Zu berücksichtigen ist, dass das für eine PTBS ursächliche Trauma lange zurückliegen kann: In Deutschland leiden kriegsbedingt 3–4% der über 65-Jährigen am Vollbild einer PTBS, in der Schweiz sind es 0,7%.

Kinder und Jugendliche

Zwangsstörungen

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter äussern sich oft ähnlich wie bei Erwachsenen. Nach den Kriterien des DSM-IV sind jedoch die Einsichtsfähigkeit und der

Tabelle 6

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
<i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht wirksam waren oder nicht toleriert wurden</i>				
	NaSSA	Mirtazapin (Remeron®), n.z.	B1	30–60 mg
	Antipsychotika	Risperidon (z.B. Risperdal®), n.z.	B1	0,5–2,0 mg
		Olanzapin (z.B. Zyprexa®), nur als Zusatz, n.z.	B1	5–15 mg
	α1-Antagonist	Prazosin, nur bei Alpträumen, 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 Belastungsstörung nicht zugelassen.

Dosierungen teilweise abweichend von den Empfehlungen im Arzneimittel-Kompendium (www.compendium.ch).

Widerstand gegen mindestens eine Zwangshandlung oder einen Zwangsgedanken nicht gefordert. Damit wird dem Entwicklungsprozess (auch von kognitiven Prozessen), in dem sich Kinder und Jugendliche befinden, Rechnung getragen. Wie im Erwachsenenalter werden auch die Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen oft durch das zusätzliche Vorliegen anderer psychischer Beeinträchtigungen erschwert. Die Abhängigkeit des Kindes vom familiären Umfeld oder einer betreuenden Person muss mit bedacht und andere Familienmitglieder sollten aktiv an der Therapie beteiligt werden.

Vor einer pharmakologischen Behandlung sollten psychotherapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Die Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsverhinderung ist die Therapie der ersten Wahl und zeigt eine gute Wirksamkeit (mittlere Effektstärke: 1,45; Level A). Die Wirksamkeit der Behandlung konnte durch den Einbezug der Familie noch erhöht werden. Dazu passend ist, dass die Einbindung der Eltern und Familie in die Zwangssymptomatik (das Aufrechterhalten der Zwänge z.B. durch Einkaufen der Waschmittel) ein wesentlicher prädiktiver Faktor bezüglich der Wirksamkeit der Therapie ist. Bei mangelnder Wirksamkeit der Psychotherapie, bei Ablehnung oder sehr schwerer Ausprägung der Symptomatik werden SSRI als Medikamente der ersten Wahl eingesetzt. In der Schweiz sind Sertralin ab einem Alter von 6 Jahren (Level A) und Fluvoxamin ab einem Alter von 8 Jahren für die Behandlung von Zwangsstörungen zugelassen.

Nach einer Cochrane-Analyse schneiden SSRI im Vergleich zu Plazebo signifikant besser ab und können aufgrund der Wirksamkeit auch als erste Wahl in der Behandlung eingesetzt werden [11]. Die Abbruchrate war jedoch unter alleiniger Medikation deutlich höher als unter kombinierter Psychotherapie. Bei Nichtansprechen auf ein SSRI sollte auf ein anderes SSRI umgestellt werden. Bei weiterer Nonresponse, hohem Schweregrad oder zusätzlichen Ticstörungen kann eine Augmentation mit Antipsychotika eingesetzt werden. Die Datenlage für Kinder und Jugend-

liche ist noch eingeschränkter als für das Erwachsenenalter und ist am besten für Risperidon (Level B3). Clomipramin ist trotz guter Wirksamkeit Medikament zweiter Wahl aufgrund der anticholinergen und kardiologischen Nebenwirkungen, es kann jedoch ebenfalls als Augmentation zu SSRI bei Nonresponse in Erwägung gezogen werden. MAO-Hemmer, SSNRI und NaSSA werden in der Behandlung von Zwängen im Kindes- und Jugendalter nicht eingesetzt [12].

Das Ziel bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte sein, die Symptome und die Beeinträchtigung im Alltag und in der Familie zu minimieren. Zusätzlich sollten die Fähigkeiten des Kindes zur Problembewältigung gestärkt und Strategien erarbeitet werden, die die Rückfallgefahr verringern. Dabei ist wichtig, dass die Behandlungsmethoden dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden. Zusammenfassend ist die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsverhinderung die Behandlung der ersten Wahl, gefolgt von einer kombinierten Pharmakotherapie und einer Monotherapie mit SSRI [12, 13]. Neurochirurgische Eingriffe sind bei Kindern und Jugendlichen nicht indiziert.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die Symptome einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen sind mit denen bei erwachsenen Patienten vergleichbar, hängen jedoch vom Alter des Patienten ab. Als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis zeigen jüngere Kinder häufig auch aggressives oder destruktives Verhalten. Oft werden die traumatischen Erlebnisse nachgespielt oder gezeichnet. Die Reaktionen von Kindern und Jugendlichen werden stark durch die Reaktionen der Eltern während oder nach dem Trauma beeinflusst. Kinder wollen das traumatische Erlebnis meist nicht besprechen, um die Eltern nicht weiter zu belasten. Dies kann dazu führen, dass Eltern die psychische Verfassung des Kindes falsch einschätzen. Auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS ist der Einsatz von Psychopharmaka nicht die erste Wahl. Eine Behandlung mit SSRI ist

nicht ausgeschlossen, es kann jedoch vermehrt zu Suizidgedanken und suizidalem Verhalten kommen. Die Patienten sollten daher insbesondere während einer Behandlung mit SSRI genau beobachtet werden.

Kognitiv-behaviorale Methoden (kognitive Bearbeitung des Traumas, Expositionstechniken, Vermittlung von Techniken zur Stressbewältigung) haben sich bei der Therapie einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen als wirksam erwiesen. Die meisten Studiendaten beziehen sich allerdings auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die wiederholte sexuelle Gewalt erfahren haben. Die daraus resultierenden Behandlungsempfehlungen sind nur begrenzt auf andere Traumata übertragbar. Die gewählte Behandlungsmethode sollte an den Entwicklungsstand und das kindliche Weltbild angepasst werden. Die beste Evidenz (Level A) liegt für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie vor. Dabei wurde vor allem die traumafokussierte Therapie TF-CBT eingesetzt und untersucht. Die TF-CBT kombiniert verschiedene Eltern- und Kind-Interventionen. Diese Komponenten enthalten Psychoedukation, Skills, die die Eltern einsetzen können, um die Kinder zu unterstützen, Entspannungsverfahren sowie Möglichkeiten zur affektiven und kognitiven Regulation im Hinblick auf das Trauma. Es gibt dabei separate Kind- und Elternsitzungen sowie gemeinsame Therapiestunden. TF-CBT kann bei verschiedenen Altersgruppen vom Kindergarten bis zur Oberschule eingesetzt werden. EMDR führt teilweise zu guten Resultaten, es liegen jedoch nicht genügend Daten vor, um eine eindeutige Empfehlung abzugeben. Für andere Verfahren, wie etwa die *Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET)*, gibt es derzeit ebenfalls nur vergleichsweise wenig Evidenz. Spiel- und Maltherapien können bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen hilfreich sein, ihre Wirksamkeit ist jedoch nicht abschliessend belegt.

Schwangerschaft und Stillzeit

Für die Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft und während der Stillzeit empfiehlt sich stets die Konsultation einer aktualisierten Online-Datenbank, zum Beispiel www.swisstis.ch oder www.embryotox.de. In der Schwangerschaft haben immer eine besonders strenge Indikationsstellung sowie eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung unter Einbezug der betreuenden Gynäkologen und intensiverer Vorsorge in der Schwangerschaft zu erfolgen. Der Mehrzahl der Übersichtsarbeiten zufolge stellt die Behandlung mit SSRI und TZA in der Schwangerschaft kein erhöhtes Risiko für das Kind dar, obwohl über geringfügige Anomalien, Frühgeburten und neonatale Komplikationen berichtet wurde. SSRI und TZA gehen in der Regel nur in geringer Konzentration in die Muttermilch über; im Serum von Säuglingen wurden niedrige Konzentrationen gefunden. Wenn höhere Dosen über einen längeren Zeitraum verwendet wurden oder eine weitere Behandlung notwendig ist, sollte möglicherweise ein Abstillen empfohlen werden.

Prävention der posttraumatischen Belastungsstörung

Die PTBS nimmt eine Sonderstellung unter den psychischen Störungen ein: Sie beginnt definiert vor dem Hintergrund eines auslösenden Ereignisses. Wegen dieser zeitlichen Eingrenzbarkeit, zusammen mit der Neigung zur Chronifizierung und der hohen Vergesellschaftung mit Folgeerkrankungen, lassen sich Massnahmen zur Sekun-

därprävention sinnvoll einsetzen [15]. Je nach Art des Traumas entwickeln 10–50% der Personen aufgrund des Erlebten eine PTBS. Es gibt verschiedene Präventionsmethoden, die nach einem Trauma indiziert sein können. Professionelle Hilfe sollte aber weder aufgedrängt werden, noch ist sie als Routine empfehlenswert [15]. Eine früher favorisierte einzelne, isolierte therapeutische Sitzung unmittelbar nach dem Ereignis («debriefing») ist zu vermeiden, da dies den natürlichen Heilungsverlauf negativ beeinflussen kann. Statt dessen sollten unter Beachtung individueller Risikofaktoren (beispielsweise weibliches Geschlecht, geringe soziale Unterstützung, interpersonelle Traumata, externale Schuldzuschreibung, peritraumatische Dissoziation, früh einsetzende Wiedererlebenssymptome oder akute Belastungsreaktion) gezielte psychotherapeutische Interventionen veranlasst werden [15]. Nutzen und Risiko der Gabe von Benzodiazepinen in der posttraumatischen Frühphase sind sorgfältig abzuwägen, atypische Antipsychotika (Quetiapin, Olanzapin) oder antikonvulsive bzw. anxiolytische Substanzen (Pregabalin) können hier eine Alternative darstellen [15]. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit des Betablockers Propranolol, die jedoch einer genaueren Überprüfung bedürfen [16].

Therapieresistenz

Es gibt keine allgemein verbindliche Definition des Begriffs «Therapieresistenz». Bevor ein Patient als «therapieresistent» eingestuft wird, sollten folgende Faktoren sichergestellt werden: eine korrekte Diagnose, eine adäquate Psychotherapie, die zuverlässige Einnahme der Medikamente, eine Dosis im therapeutischen Bereich sowie eine ausreichende Behandlungsdauer. Gleichzeitig gegebene andere Medikamente (z.B. Induktoren oder Inhibitoren des Cytochrom-P450-Systems) können die Wirkung einer Substanz stark beeinflussen (www.mediq.ch). Auch psychosoziale Faktoren und Komorbiditäten können die Behandlung erschweren; insbesondere beeinflussen Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und Depressionen die Prognose ungünstig.

Zwangserkrankungen

Etwa 30–40% der Patienten mit Zwangsstörungen sprechen nicht auf eine Medikation mit SSRI oder Clomipramin an [4]. Bei der Behandlung von therapieresistenten Zwangsstörungen war intravenös verabreichtes Clomipramin allerdings wirksamer als die oral eingenommene Substanz (Level B1).

Gemäss der meisten Expertenmeinungen und der gängigen Leitlinien sollte eine Behandlung mit einem SSRI mindestens 12 Wochen andauern [4]. Bei einer unzureichenden Wirksamkeit der SSRI-Therapie ist eine Erhöhung der Dosis bis zur individuell maximal verträglichen Menge, ein Wechsel auf ein anderes SSRI oder Venlafaxin oder auch eine Augmentation mit den Antipsychotika Quetiapin, Olanzapin oder Risperidon zu erwägen (Abb. 1) [4]. Die Augmentation einer SSRI-Behandlung durch Quetiapin, Olanzapin oder Risperidon ist wirksamer als eine SSRI-Monotherapie (Level B1). Einige Studien bestätigen auch die Wirksamkeit des Antipsychotikums Aripiprazol (Level B2) sowie verschiedener experimenteller Behandlungsmethoden (Cyproteronacetat, Psilocybin, D-Cycloserin) (Level B2). Eine verbesserte Ansprechrate kann auch durch die Kombination von einem SSRI mit anderen

Die SGPP entwickelt zur Hilfestellung für ihre Mitglieder und im Rahmen ihrer Bemühungen um Qualitätssicherung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung Behandlungs- und andere Empfehlungen zu praktisch wichtigen Fragestellungen. Diese beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Im Einzelfall können auch andere Behandlungsarten und -vorgehen zum Ziel führen. Die Empfehlungen der SGPP werden regelmässig auf ihre Gültigkeit überprüft. Die SGPP publiziert die Empfehlungen mit grösster Sorgfalt in der für die Mitglieder und allenfalls andere Interessierte geeigneten Form. Die Befolgung oder Nichtbefolgung dieser Empfehlungen hat für den Arzt oder die Ärztin weder haftungsbefreiende noch haftungsbegründende Wirkung.

Wirkstoffen erreicht werden. Die Kombination des 5HT_{1A}-Rezeptorantagonisten/Betablockers Pindolol (7,5–10 mg, off-label) mit Paroxetin (Level B1) ist wirksam, jene mit Fluvoxamin jedoch nicht (Level D). Ausserdem liessen sich für folgende Wirkstoff-Kombinationen Hinweise auf eine Wirksamkeit finden: Citalopram plus Reboxetin (selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, NRI), Zugabe von Lithium oder L-Tryptophan zu Clomipramin und die Augmentation eines SSRI mit Bupiron, Pindolol, Topiramamat oder L-Tryptophan (Level B2).

Posttraumatische Belastungsstörung

Bei SSRI-resistenten PTBS-Patienten kann eine Behandlung mit Olanzapin oder die Zugabe von Risperidon zur bestehenden Therapie indiziert sein (Level B1).

Aktualisierung der Behandlungsempfehlungen

Diese Behandlungsempfehlungen werden in Abstimmung mit den WFSBP-Leitlinien aktualisiert und auf den Websites der SGAD (www.sgad.ch), der SGZ (www.zwaenge.ch), der SGBP (www.ssbp.ch) und der SGPP (www.psychiatrie.ch) publiziert.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin E. Keck
 Clenia Privatklinik Schlössli
 Zentrum für Neurowissenschaften
 Zürich (ZNZ) der Universität und ETH
 Schlösslistrasse
 CH-8618 Oetwil am See
[martin.keck\[at\]clenia.ch](mailto:martin.keck[at]clenia.ch)

Literatur

- 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.
- 2 Keck ME, Ropohl A, Rufer M, Hemmeter UM, Bondolfi G, Preisig M, et al. Die Behandlung der Angsterkrankungen, Teil 1: Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien. Schweiz Med Forum. 2011;11(34): 558–66.
- 3 Rufer M. State of the art der Therapie von Zwangsstörungen. Info Neurologie&Psychiatrie. 2012;10(1):12–5.
- 4 Kordon A, Zurowski B, Wahl K, Hohagen F. Evidenzbasierte Pharmakotherapie und andere somatische Therapieverfahren bei Zwangsstörungen. Der Nervenarzt. 2011;82:319–24.
- 5 Külz AK, Voderholzer U. Psychotherapie der Zwangsstörung. Der Nervenarzt. 2011;82:308–18.
- 6 National Institute for Health and Clinical Excellence: Post-traumatic stress disorder – The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. CG 26. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.
- 7 Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt. 2011;3:202–10. AWMF-Register-Nr.: 051/010.
- 8 Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S: Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. The British Journal of Psychiatry. 2007;190:97–104.
- 9 Powers MB, Halpern JM, Freneschk MP, Gillihan SJ, Foa EB: A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Rev. 2010;30(6):635–41.
- 10 Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R: Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2010;7:CD007316.
- 11 O’Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C, Hunt A: Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4: Art. No.: CD004856, DOI:10.1002/14651858.CD004856.pub2. The Cochrane Library 2010.
- 12 Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke A: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2011;108:173–9.
- 13 Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, McCracken J: Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011; 50:1149–61.
- 14 Hellmann J, Heuser I, Kronenberg G: Prophylaxe der posttraumatischen Belastungsstörung. Der Nervenarzt. 2011;82:834–42.
- 15 Cukor J, Spitalnick J, Difede J, Rizzo A, Rothbaum BO: Emerging treatments for PTSD. Clin Psychol Rev. 2009;29:715–26.