

02.16 newsletter

Zürich, November 2016

- 1 Editorial
- 2 Bericht des Präsidenten
- 3 Arbeitsplatz trotz Krankheit: Neue Wege der beruflichen Rehabilitation
- 5 Zwangsstörungen: Optionen der medikamentösen Therapie
- 9 Erhaltungstherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition bei Therapieresistenz auf SSRI
- 11 Verhaltenstherapie: Wenn sich Menschen ändern

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser

Haben Sie Lust mehr zum Thema Zwänge und darüber hinaus zu erfahren? Gut! Lesen Sie hier weiter...

Viele psychisch kranke Menschen verlieren im Laufe der Erkrankung ihren Arbeitsplatz. Neben dem Einkommenserwerb dient Arbeit aber zusätzlich der Tagesstrukturierung, dem Erleben von Sinn und Anerkennung und dem sozialen Austausch. Im Rahmen eines Job Coachings nach der Methode des Supported Employment könnte eine Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt gelingen. Über das warum und wie hat Herr Kawohl sich Gedanken gemacht.

Wenn Sie Ihr Wissen zur medikamentösen Therapie der Zwangsstörungen auffrischen wollen, könnte der Artikel von Frau Müller und Kollegen der richtige für Sie sein. Wir durften diesen Artikel, welcher ursprünglich in InFo Neurologie & Psychiatrie erschienen ist, für Sie abdrucken.

Im Rahmen unserer mittlerweile langjährigen Kooperation mit der DGZ, können Sie den 3. Artikel lesen. Herr Voderholzer hat Ihnen einen wissenschaftlichen Beitrag zur Erhaltungstherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition bei nicht ansprechen auf eine medikamentöse Therapie mit SSRI verständlich zusammengefasst.

Veränderungsprozesse in der Psychotherapie anzustossen ist wichtig. Doch welche Faktoren haben darauf Einfluss? Geht es einzig und allein um die Wahl der richtigen Methode? Gibt es allgemeine Wirkfaktoren, welche die Therapieresponse bestimmen? Oder ist es ein komplexes Zusammenspiel aus beiden? Der Fachartikel aus der Zeitschrift Verhaltenstherapie geht diesen Themen in einer Übersichtsarbeit auf den Grund. In der Onlineversion unseres Newsletters finden Sie einen Link zum Artikel.

Spannendes erfahren, selber Lust bekommen was zu schreiben? Geben Sie mir Rückmeldung und/oder senden Sie eigene Beiträge!

Herzliche Grüsse

DR. MED. STEFFI WEIDT
Newsletter Redakteurin SGZ
steffi.weidt@usz.ch



Bericht des Präsidenten

Liebe Mitglieder der SGZ

Traditionell findet die Jahrestagung der SGZ immer am ersten Dezemberwochenende statt. Schon seit einiger Zeit diskutieren wir im Vorstand, ob das wirklich der beste Termin ist – oder ob die Tagung nicht auf ein anderes Datum gelegt werden sollte. Das erste Dezemberwochenende ist relativ nahe an Weihnachten und hat darüber hinaus den Nachteil, dass dann auch ab und zu der Samichlaustag ist. Es ist wirklich nicht sehr familienfreundlich, am Samichlaustag eine Tagung zu organisieren, und hält vielleicht den einen oder anderen bzw. die eine oder andere von der Teilnahme ab. Zum Glück wird erst wieder im Jahr 2020 der Samichlaustag auf das erste Dezemberwochenende fallen. Obwohl wir die Tagungen lange im Voraus planen: so weit sind wir mit der Planung nun doch noch nicht gekommen... Aber unabhängig vom «Samichlaustag-Problem»: Finden Sie, die Tagung sollte weiterhin am ersten Dezemberwochenende stattfinden? Oder lieber an einem anderen Wochenende – und wenn ja an welchem? Schreiben Sie mir bitte Ihre Meinung, so können Sie Einfluss nehmen.

Die Tagung 2016 ist natürlich nicht nur in Bezug auf das Datum, sondern auch vom Inhalt her fertig geplant. Ich hoffe, dass auch Sie eine bzw. einer der 400–500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sein werden, die üblicher Weise dorthin kommen (oder «pilgern», wie eine Teilnehmerin es kürzlich formulierte, die seit vielen Jahren regelmässig mit dabei ist). Wie üblich werden Vorträge, Workshops und eine Podiumsdiskussion angeboten, hinzu kommt dieses Jahr eine Autorenlesung. Unter anderem geht es um folgende Themen: Behandlungskonzepte der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, wissenschaftliche und praxisbezogene Sichtweisen, professionelle Pflege, Förderung von Therapie- und Veränderungsmotivation, Einbezug von Angehörigen, systemische Therapieansätze, Expositionstherapie, medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, Religion und Spiritualität, und, und, und.

Die verschiedenen Therapiemöglichkeiten stehen im Mittelpunkt des Programms. Das Tagungsmotto bezieht sich auf die Vielfalt an möglichen Sichtweisen von Zwangsstörung – das betrifft sowohl ihr Erscheinungsbild als auch die Ursachen und die Bewältigungsmöglichkeiten. Ich bin mir sicher, dass die unterschiedlichen Blickwinkel und Erfahrungen, welche die Tagung vermitteln wird, ein anregendes von- und miteinander Lernen ermöglicht.

Es grüsst Sie herzlich



Michael Rufer
Präsident der SGZ



PROF. DR. MED. MICHAEL RUFER
Präsident der SGZ
michael.rufer@usz.ch

Arbeitsplatz trotz Krankheit: Neue Wege der beruflichen Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl

Viele Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, verlieren im Laufe der Zeit ihren Arbeitsplatz. Dies gilt insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Zwangsstörungen. Bei fortbestehender Erkrankung oder auch bei zahlreichen Lücken im Lebenslauf durch Zeiten längerer Arbeitslosigkeit ist es für die Betroffenen sehr schwer, wieder einen Arbeitsplatz zu finden. Neben den sozialen Folgen eines Arbeitsplatzverlustes steigt auch das Suizidrisiko bereits bei drohendem Verlust des Arbeitsplatzes stark an. Soziale Sicherungssysteme wie z.B. die Invalidenversicherung (IV) schützen bei krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit zwar vor völliger Mittellosigkeit, sie stellen aber für viele Menschen keinen vollwertigen Ersatz für eine Beteiligung am Erwerbsleben dar. Um IV-Bezüglern weiterhin eine Beteiligung am Arbeitsleben zu ermöglichen, sind von gesetzlicher Seite sog. geschützte Arbeitsplätze bzw. Arbeitsplätze auf dem zweiten Arbeitsmarkt vorgesehen. Viele Betroffene haben aber den Wunsch, trotz Erkrankung weiterhin im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Dies liegt auch daran, dass Arbeit nicht nur für den Einkommenserwerb sorgt, sondern auch noch weitere Bedürfnisse bedient. Neben der Tagesstrukturierung, dem Erleben von Sinn und Anerkennung sowie von sozialem Austausch spielt Arbeit auch für unsere Einordnung im Sozialgefüge eine wichtige Rolle. Und gerade hier besteht bei Einsätzen im sog. zweiten Arbeitsmarkt ein ungelöstes Problem. Wie schon der Name „zweiter Arbeitsmarkt“ ausdrückt, wird vielfach eine wertende Unterscheidung zwischen einer Arbeit auf dem sog. freien oder ersten Arbeitsmarkt und eben dem zweiten Arbeitsmarkt vorgenommen. Dies führt dazu, dass manche Menschen, die einen Arbeitsplatz auf dem zweiten Arbeitsmarkt innehaben, sich gegenüber Menschen mit einem Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zurückgesetzt und unterlegen fühlen und teilweise auch von anderen so behandelt werden. Gleichzeitig zeigen aktuelle Untersuchungen, dass auch Menschen, die bereits eine IV-Rente beziehen mit modernen Methoden des Job Coachings die Möglichkeit haben, trotz psychischer Erkrankung einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bekommen. In diesem Artikel werden dennoch die Begriffe erster und zweiter Arbeitsmarkt verwendet, da sie etabliert und verständlich sind.

Der traditionelle Weg der beruflichen Reintegration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung entspricht einer Treppe oder Leiter mit verschiedenen Stufen und wird dementsprechend auch als Stufenleitermodell bezeichnet. Dies bedeutet, dass nach einer initialen Behandlung, häufig stationär in einer Klinik, weitere tagesklinische, durch z.B. Arbeitstherapie begleitete Trainingsmassnahmen folgen. Oft ist dann mittlerweile eine Invalidenrente etabliert und die betroffene Person wird auf einen sog. geschützten Arbeitsplatz bzw. Arbeitsplatz im zweiten Arbeitsmarkt vermittelt. Gesetzlich festgelegte Aufgabe der Betreiber derartiger Arbeitsplätze ist es, vom zweiten Arbeitsmarkt aus eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt vorzunehmen. Wie sowohl die Erfahrung als auch verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, wird das Ziel dieser Bemühungen in der Realität jedoch nur selten erreicht.

Seit den 1990er Jahren hat sich, zunächst ausgehend von den USA, mit Supported Employment die Möglichkeit eines direkten Zugangs zum ersten Arbeitsmarkt ohne vorgeschaltetes Training etabliert. Mittlerweile konnte nachgewiesen werden, dass Job Coaching nach der Supported Employment-Methode „Individual Placement and Support“ (IPS) auch in der Schweiz funktioniert. IPS ist dem Weg des zweiten Arbeitsmarktes bzgl. der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt überlegen. Im Rahmen dieses Vorgehens begleitet ein Job Coach einen von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen beim Aufrechterhalten eines noch bestehenden Arbeitsplatzes oder im Falle bereits bestehender Arbeitslosigkeit oder Berentung bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz. In der Coaching-Praxis nimmt der Job Coach eine vermittelnde Funktion zwischen Betroffenen, Therapeuten, Arbeitgeber und ggf. Sozialversicherungsträger ein. Die Finanzierung eines solchen Coachings kann aus verschiedenen Quellen erfolgen, beispielsweise aus Reintegrationsmitteln der Invalidenversicherung. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig zu erwähnen, dass die seit einigen Jahren bestehende Möglichkeit einer IV-Früherfassung im Falle länger andauernder Erkrankung dazu dient, mit finanzieller Unterstützung eines Coaching durch die IV den Arbeitsplatz

aufrecht zu erhalten. Es geht dabei also nicht etwa darum, auf eine Kündigung mit anschliessender Rente hinzuarbeiten.

Job Coaching gemäss IPS kann aber auch bei bestehender IV-Rente zur Anwendung kommen, sowohl wenn das Ziel besteht, ganz in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren oder im Falle einer Teilrente eine zusätzlich Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden. Dass dies mit IPS gut möglich ist, konnte jüngst eine Studie der Arbeitsgruppe des Verfassers nachweisen.

Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass nicht alle, die an einem Job Coaching teilnehmen, dadurch tatsächlich einen Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt finden. Die von manchen geäusserte Forderung nach einer völligen Abschaffung geschützter Arbeitsplätze zu Gunsten von Supported Employment schüttet daher das Kind mit dem Bade aus. Vielmehr erscheint es sinnvoll, ein modulares Neben- und besser noch Miteinander von Supported Employment und geschützten Angeboten zu etablieren, so dass jeder, der aufgrund einer psychischen Erkrankung seine Arbeit verliert, die für ihn optimale Hilfe erhalten kann. Die Bedeutet dann aber auch, dass Supported Employment in der Schweiz endlich auch gesetzlich verankert werden sollte und in der Finanzierung gegenüber den Einrichtungen des zweiten Arbeitsmarkts nicht mehr benachteiligt werden darf.

Literatur

beim Verfasser

AUTOR
PROF. DR. MED.
WOLFRAM KAWOHL
Chefarzt und Bereichsleiter
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Bereich Psychiatrie und Psycho-
therapie BPP, Postfach 432
5201 Brugg



Zwangsstörungen *Troubles obsessionnels*

Optionen der medikamentösen Therapie

Les options de traitement médicamenteux

Sabrina T. Müller, Waldemar Greil, Christine Poppe, Kilchberg

- Die Therapie der ersten Wahl bei Zwangsstörungen ist die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition.
 - Eine Pharmakotherapie kommt zum Zug, wenn die Psychotherapie (KVT) nicht ausreichend wirkt oder abgelehnt wird. Mittel der Wahl sind SSRI in hoher Dosis mindestens acht bis zwölf Wochen. Mittel der zweiten Wahl sind das trizyklische Antidepressivum Clomipramin oder das SNRI Venlafaxin.
 - Bei komorbider Depression und wenn Zwangsgedanken im Vordergrund stehen, ist eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Medikamenten indiziert.
 - Bei Therapieresistenz auf KVT und SSRI sollte man die SSRI bis zur maximal tolerierten Dosis erhöhen oder als Augmentation atypische Antipsychotika in niedriger Dosis hinzugeben.
- *Le traitement de première intention dans les troubles obsessionnels est la thérapie comportementale et cognitive (TCC) avec exposition.*
 - *Une pharmacothérapie est à envisager lorsque la psychothérapie (TCC) n'a pas suffisamment d'effet ou est rejetée. Les ISRS à forte dose sont administrés en première intention pendant au moins huit à douze semaines. Les antidépresseurs tricycliques clomipramine ou l'IRSN venlafaxine sont administrés en deuxième intention.*
 - *Dans la dépression comorbide et lorsque des troubles obsessionnels sont au premier plan, un traitement combiné par psychothérapie et médicaments est indiqué.*
 - *En cas d'inefficacité de la TCC et de l'ISRS, il faut augmenter l'ISRS jusqu'à la dose maximale tolérée ou ajouter des antipsychotiques atypiques à faible dose comme augmentation.*

■ Jean Étienne Dominique Esquirol beschrieb 1838 erstmals die Zwangsstörung im heutigen Sinn und bezeichnete sie als die «Krankheit des Zweifels». Erste Therapieversuche basierten zunächst auf neurochirurgischen und stereotaktischen Eingriffen. Später wurde die damals als «Zwangsneurose» bezeichnete Erkrankung psychoanalytisch behandelt.

Seit der Einführung von Clomipramin zur Behandlung von Zwangsstörungen [1], später der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) und den Entwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gelten Zwangsstörungen als durchaus gut behandelbar.

Sowohl für die psychotherapeutische als auch für die pharmakologische Behandlung von Zwangsstörungen gibt es mehrere Leitlinien: Nice Guidelines (Review 2011), APA Practice Guidelines (Update 2013), S3-Leitlinien der DGPPN (2015) und die gemeinsamen Behandlungsempfehlungen von mehreren schweizerischen Fachgesellschaften (SGAD, SGZ, SGBP und SGPP, 2013). Die Empfehlungen der verschiedenen Leitlinien stimmen weitgehend überein. Nachfolgend wird auf die Behandlungsempfehlung der Schweizer Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ) näher eingegangen.

Als Therapie der ersten Wahl der Zwangsstörungen gilt die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition. Die pharmakologische Behandlung wird als Therapie der zweiten Wahl empfohlen, ausser bei einer schweren komorbiden Depression oder dominierenden Zwangsgedanken. Die medikamentöse Therapie sollte dann gemäss den deutschen S3-Leitlinien in Kombination mit Psychotherapie erfolgen. Sowohl in der Akutbehandlung als auch in der längerfristigen Behandlung zeigt sich die Psychotherapie bei Zwangsstörungen einer alleinigen Therapie mit Psychopharmaka überlegen [2,3]. Eine ausschliesslich medikamentöse Therapie wird nur empfohlen, wenn psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten fehlen bzw. wenn hierfür sehr lange Wartezeiten bestehen, wenn die Schwere der Symptomatik (z.B. schwere depressive Symptome) eine Psychotherapie verunmöglicht oder wenn der Patient keine ausreichende Motivation für eine Psychotherapie zeigt.

SSRI als pharmakologische Basisbehandlung

Als pharmakologische Basisbehandlung werden bei Zwangsstörungen Serotonin-Wiederaufnahme-Hem-

Tab. 1: Substanzen

Substanz	Registrierte Indikation CH	Empfehlung SGZ Erwachsene	Empfehlung SGZ Kinder, Jugendliche	Empfohlene Dosis	Kommentar
Citalopram	Ja	Ja++	(+)	20–40 mg	Geringes Interaktionspotenzial
Escitalopram	Ja	Ja++		10–20 mg	Geringes Interaktionspotenzial
Fluvoxamin	Ja	Ja++	+(+)	100–300 mg	Zahlreiche pharmakologische Interaktionen mit anderen Substanzen!
Paroxetin	Ja	Ja++	(+)	10–60 mg	Im Vergleich mit anderen SSRI stärker sedierend, häufiger Gewichtszunahme
Sertralin	Ja	Ja++	++	150–200 mg	Höhere Dosierungen (400 mg) zeigen noch bessere Wirksamkeit
Fluoxetin	Nein	Ja++	++	20–80 mg	Pharmakokinetische Interaktionen, z.B. mit Trizyklika
Clomipramin	Ja	Ja++**	(+)	150–225 mg	Höhere Abbrechraten, mehr Nebenwirkungen
Venlafaxin	Nein	(Ja)*		150–300 mg	Wirksamkeit vergleichbar mit SSRI

++ = mind. zwei placebokontrollierte Studien; + = mindestens eine kontrollierte Studie; (+) = mindestens eine offene Studie;

* = Keine placebokontrollierte Studie, aber Vergleich mit Clomipramin und Paroxetin; ** = aufgrund häufiger Nebenwirkungen zweite Wahl

mer (SRI) in ausreichend hoher Dosierung empfohlen. Es liegen Wirksamkeitsnachweise für die SSRI wie auch für das Trizyklikum Clomipramin vor [2,4]. Innerhalb der Klasse der SSRI, d.h. zwischen den untersuchten Substanzen Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin und Sertralin, lassen sich keine Effektivitätsunterschiede finden, so dass sich die Wahl der einzelnen Substanz an dem jeweiligen Nebenwirkungsprofil und Wirkungsspektrum orientiert (**Tab. 1**). Clomipramin zeigt eine den SSRI vergleichbare Wirkung. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils und der geringeren Drop-Out-Rate sollte einem SSRI den Vorzug gegeben werden. Aufgrund der bei Zwangsstörungen üblichen hohen Dosierungen der SSRI muss mit dem Auftreten von Nebenwirkungen (z.B. vermehrte Unruhe, Nervosität, Schlafstörungen, gastrointestinale Beschwerden, sexuelle Dysfunktion) gerechnet werden. Zur Verbesserung der Verträglichkeit sollte deshalb die Eindosierung möglichst langsam bis zur maximal tolerierten Dosis erfolgen.

Unter Medikation mit einem SRI kann eine etwa 20- bis 40-prozentige Reduktion der Symptomatik nach einer Behandlung von etwa zwei bis drei Monaten erreicht werden. Erste Verbesserungen stellen sich frühestens nach vier Wochen ein. Die maximale Wirkung wird meist nach sechs bis acht Wochen erreicht. Bei einer erfolgreichen Therapie sollten die Medikamente über ein bis zwei Jahre mit der gleichbleibenden Dosierung fortgesetzt werden, bevor sie vorsichtig ausgeschlichen werden können. Unter Behandlung mit einem SRI berichten die Patienten von einem zunehmenden inneren Abstand von den Zwängen, einer Abnahme der inneren Anspannung und depressiver Gefühle. Diese Effekte sind unabhängig von der Dauer der Zwangsstörung und dem Vorliegen einer komorbiden Depression.

Insgesamt bewirkt die Behandlung mit einem SSRI im Vergleich zu Placebo eine signifikante Ver-

besserung der Lebensqualität, sowohl des psychischen Befindens als auch des physischen Zustands: soziales Funktionieren, Vitalität und körperliche Beschwerden. Die Verbesserungen der Funktionsfähigkeit korrelieren mit dem Nachlassen der Zwangssymptome und einer nachfolgenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit [5].

Nach Absetzen der Medikation mit einem SRI besteht ein hohes Rezidivrisiko von 80–90%, wenn parallel keine Psychotherapie durchgeführt wurde.

Mit Ausnahme von Clomipramin sind trizyklische Antidepressiva in der Behandlung von Zwangsstörungen nicht wirksam und sollten daher nicht eingesetzt werden.

Für Venlafaxin, ein selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI), liegen positive Ergebnisse aus einer Vergleichsstudie mit Paroxetin vor [6]. Aufgrund fehlender placebokontrollierter Studien wird Venlafaxin derzeit nur als Therapie der zweiten Wahl in der Behandlung von Zwangsstörungen empfohlen. Daten zu Duloxetin, einem weiteren SNRI, liegen derzeit nicht vor, so dass keine Empfehlung ausgesprochen werden kann.

Auch für Mirtazapin gibt es keine ausreichende Evidenz für eine Monotherapie, jedoch gibt es Hinweise auf ein früheres Ansprechen in Kombination mit Citalopram [7].

Benzodiazepine sind in der Behandlung von Zwangsstörungen nicht wirksam und sollten daher nicht eingesetzt werden, zumal sie das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung mit sich bringen.

Trotz adäquater Behandlung mit einem SRI sprechen etwa 20–40% der Patienten nicht auf die Behandlung an. Bei ausbleibender oder unzureichender Wirkung eines SSRI wird nach vier Wochen eine Dosiserhöhung bis zur maximal tolerierten Dosis empfohlen. In einem zweiten Schritt wird ein Wechsel auf ein anderes SSRI, Clomipramin oder Venlafaxin

Abb. 1: Algorithmus



xin empfohlen [2,8]. Eine weitere bewährte Strategie stellt die Augmentation mit einem atypischen Neuroleptikum dar (Abb. 1).

Therapieresistenz – Augmentation mit Neuroleptika

Neuroleptika sind zwar in der Monotherapie bei Zwangsstörungen nicht wirksam, jedoch zeigen mehrere Metaanalysen signifikante Effekte von Risperidon, Haloperidol und Aripiprazol als Add-on zu einem SSRI im Vergleich zu Placebo [9–12]. Die Daten zu Quetiapin sind uneinheitlich und zu Olanzapin negativ. Hinweise auf die Wirksamkeit von Amisulprid beruhen derzeit lediglich auf einer offenen Studie.

Eine Indikation zur Augmentation mit Neuroleptika liegt vor, wenn unzureichendes Ansprechen auf zwei verschiedene SSRI in ausreichend hoher Dosis während einer längeren Zeitspanne besteht, insbesondere wenn Zwangsgedanken das Bild dominieren, magische Befürchtungen genannt werden oder Tics vorliegen. Komorbide Erkrankungen wie bipolare Störungen oder Psychosen können für sich genommen eine neuroleptische Behandlung erfordern. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Neuroleptika, insbesondere Clozapin, gerade bei diesen Patienten Zwangssymptome induzieren können.

Neuroleptika sollten in der Behandlung von Zwangsstörungen mit einer möglichst niedrigen Dosierung eingesetzt werden (Tab. 2). Die Effekte zeigen sich in der Regel relativ früh bereits nach etwa einer

Tab. 2: Neuroleptika

Substanz	Empfehlung SGZ	Empfohlene Dosis
Risperidon	Ja++	1–4 mg
Quetiapin	(Ja)+++*	50–300 mg
Aripiprazol	Ja+	10–15 mg
Amisulprid	(Ja) (+)	100–400 mg
Haloperidol	Ja++**	0,5–5 mg

++ = mindestens zwei kontrollierte Studien; + = mindestens eine kontrollierte Studie; (+) = mindestens eine offene Studie; * = heterogene Studienlage; ** = aufgrund von Nebenwirkungen eher zweite Wahl

Woche mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik, Nachlassen von Ängstlichkeit und Depressivität. Bei ausbleibendem Erfolg sollten die Neuroleptika spätestens nach sechs Wochen wieder abgesetzt werden. Anderenfalls wird die Augmentation als Langzeitbehandlung empfohlen. Bei einem evtl. Absetzen ist die Medikation über mehrere Monate auszuschleichen.

Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie

Eine medikamentöse Behandlung sollte möglichst immer mit einer Psychotherapie kombiniert werden. In einer Studie von Foa et al. (2005) [13] konnte mit einer Kombinationsbehandlung von KVT + Clomipramin eine signifikant höhere Responderate (70%) erreicht werden als unter alleiniger Medikation. In einer Nachuntersuchung [14] fand sich zudem eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung gegenüber alleiniger KVT bezüglich der Remissionsrate. Es liegen deutliche Hinweise vor für die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung bei Vorliegen einer mittelschweren Depression und dem Vorherrschen von Zwangsgedanken [2,15]. Die Vorteile einer Kombinationsbehandlung sind in erster Linie in den ersten Monaten zu erwarten, während sich die Unterschiede im weiteren Verlauf meist nivellieren. Bei unzureichendem Ansprechen auf eine Pharmakotherapie kann durch die Aufnahme einer Psychotherapie mit weiteren Verbesserungen gerechnet werden.

Kritisch anzumerken ist bei einer Kombinationsbehandlung jedoch, dass diese die Selbstwirksamkeitserwartungen von Patienten bei der Durchführung einer Expositionsbehandlung ungünstig beeinflussen kann, wenn die Patienten die Erfolge auf das Medikament attribuieren und nicht auf die eigenen Fähigkeiten. Daher sollten beide Methoden sequenziell eingeführt werden.

Ausblick in die Zukunft

Neue Entwicklungen im Bereich der Pharmakotherapie umfassen unter anderem den Einsatz von anti-glutamaterg wirkenden Substanzen wie z.B. Memantine oder Riluzol. Es sind jedoch nur Fallberichte und kleinere Studien zur Wirksamkeit veröffentlicht worden [16]. Eine weitere Möglichkeit findet sich in der Substanz D-Cycloserin, einem Antibiotikum aus der Tuberkulosebehandlung. Dieses verstärkt die Wirkung von Angstexpositionen und Lernvorgängen. Präklinische Studien zeigten eine Beeinflussung von NMDA-Rezeptoren in der Amygdala [17].



Sabrina T. Müller, MSc
Sanatorium Kilchberg AG
Alte Landstrasse 70
8802 Kilchberg



Prof. Dr. med. Waldemar Greil
Sanatorium Kilchberg AG
Alte Landstrasse 70
8802 Kilchberg

Stauffacherpraxis Zürich
Lutherstrasse 2
8004 Zürich



Dr. med. Christine Poppe
Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft
für Zwangsstörungen (SGZ)
Sanatorium Kilchberg AG
Alte Landstrasse 70
8802 Kilchberg

Literatur:

1. Lopez-Ibor Alino JJ, Lopez-Ibor Alino JM: Die psychopharmakologische Behandlung von Zwangsstörungen. *Arzneim-forsch/Drug Res* 1974; 24: 1119–1122.
2. Cuijpers P, et al.: The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013; 12: 137–148.
3. Hohagen F, et al.: S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2015.
4. Soomro GM, et al.: Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Jan 23; (1): CD001765. doi: 10.1002/14651858.CD001765.pub3.
5. Hollander E, et al.: Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse. *J Clin Psychiatry* 2010 Jun; 71(6): 784–792. doi: 10.4088/JCP.09m05911blu. Epub 2010 May 4.
6. Denys D, et al.: A double blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2003 Dec; 23(6): 568–575.
7. Pallanti S, Quercioli L, Bruscoli M: Response acceleration with mirtazapine augmentation of citalopram in obsessive-compulsive disorder patients without depression: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2004 Oct; 65(10): 1394–1399.
8. Ipser JC, et al.: Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18; (4): CD005473.
9. Bloch MH, et al.: A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006 Jul; 11(7): 622–632. Epub 2006 Apr 4.
10. Dold M, et al.: Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive compulsive disorder: an update meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2015; 18(9). pii: pyv047. doi: 10.1093/ijnp/pyv047.
11. Komossa K, et al.: Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Dec 8; (12): CD008141. doi: 10.1002/14651858.CD008141.pub2.
12. Veale D, et al.: Atypical antipsychotics augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 31–37.
13. Foa EB, et al.: Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramin and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 151–161.
14. Simpson HB, et al.: Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006 Feb; 67(2): 269–276.
15. Hohagen F, et al.: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. *British J Psychiatry* 1998; 173: 71–77.
16. Pallanti S, Grassi G, Cantisani A: Emerging drugs to treating obsessive-compulsive disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2014; 19: 67–77.
17. Poppe C, Vorderholzer U: Zwangsstörungen. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb K (Hrsg.): *Psychotherapie, funktions- und störungsorientiertes Vorgehen*. Elsevier Verlag, in press.
18. Vorderholzer U, Hohagen F: Zwangsstörungen (ICD-10, F4). In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg.): *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art*. München: Urban & Fischer 2015.

Erhaltungstherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition bei Therapieresistenz auf SSRI

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Zusammenfassung aus: Foa et al. Journal of Clinical Psychiatry. 2015; 76:4 40–446

In jedem Jahr erscheinen mehr als 100 internationale Veröffentlichungen mit neuen Studienergebnissen in englischer Sprache, die in den weltweit verfügbaren Datenbanken gelistet werden. Leider ist die Mehrzahl dieser Veröffentlichungen eher nicht relevant für die Versorgung und Praxis, aber es gibt auch immer wieder einige Veröffentlichungen, die hier eine Ausnahme bilden. So z. B. ein neuer Artikel von der Arbeitsgruppe von Edna Foa und Mitarbeitern, der kürzlich erschienen ist. Edna Foa ist eine der bedeutendsten amerikanischen Forscherinnen auf dem Gebiet der Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen und auch Zwangsstörungen.

Die Arbeitsgruppe hat bereits vor einigen Jahren eine sehr interessante Studie veröffentlicht, in der verschiedene Therapiestrategien bei Nichtansprechen nach Gabe eines Medikamentes getestet wurden. Therapien, die bei fehlendem oder nicht ausreichendem Ansprechen auf eine Standardtherapie als zusätzliche Therapie versucht werden, nennt man Augmentationstherapie. Im Rahmen einer solchen Augmentationsstudie waren damals Patienten mit einer Zwangsstörung eingeschlossen wurden, die in einem ersten Therapieschritt einen Serotoninwiederaufnahmehemmer erhalten hatten, aber darauf nicht ausreichend angesprochen hatten. Die Patienten waren dann in der ursprünglichen Studie drei Gruppen zugeteilt worden. Eine Gruppe erhielt ein zusätzliches zweites Medikament (Risperidon), eine zweite Gruppe ein zusätzliches Placebo Medikament und die dritte Gruppe ein intensives, besser gesagt ein besonders intensives kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapiekonzept, bei dem Expositionsübungen nicht nur wesentlicher Bestandteil, sondern sogar mehr als drei Viertel der gesamten Therapiesitzungen umfassten (2 Doppelstunden Einführung in das Therapiekonzept, danach 15 Doppelstunden nur Exposition).

Die Ergebnisse dieser ursprünglichen Studie waren sehr eindeutig zugunsten von KVT mit Exposition, welche eine sehr gute Besserung der Zwangsstörung bewirkte, während die Zusatzgabe von Placebo

und auch die Zusatzgabe von Risperidon keinen Nutzen erbrachten (Simpson et al. 2013).

Die Autoren haben jetzt noch eine Anschlussstudie veröffentlicht, in der die beiden Behandlungsformen, d. h. einerseits Risperidon (+ SSRI) bzw. KVT mit Exposition (+SSRI) in einer anschliessend Erhaltungstherapie fortgeführt wurden. D. h., dass die Psychotherapie nicht beendet wurde, wie dies meist in Studien üblich ist, sondern in grösseren Abständen weitergeführt wurde.

Das Thema Erhaltungstherapie ist ganz besonders wichtig, weil auch die klinische Erfahrung zeigt, dass Patienten mit Zwangsstörungen, z. B. nach intensiver Psychotherapie oder Klinikaufhalten in ihrem Alltag weiterhin stark kämpfen müssen und manchmal, insbesondere bei ungünstigen Lebensbedingungen, massiven Stresssituationen, fehlender Unterstützung durch ambulante Therapie, etc. im Alltag wieder rückfällig werden und der Zwang zwar durch Therapie deutlich gebessert ist, aber in der Regel ja nicht ganz verschwunden ist.

Erhaltungstherapien sind bisher vor allem aus dem Bereich der Depressionsbehandlung üblich: Nach einer Akuttherapie mit einem Antidepressivum nimmt der Betroffene das Medikament dann noch für 6–9 Monate weiter, um so einem Rückfall nach Abklingen einer depressiven Phase vorzubeugen. In der Psychotherapie sind Erhaltungstherapien als Begriff unüblich. Eine Psychotherapie umfasst ein bestimmtes Stundenkontingent und wenn es aufgebraucht ist, soll der Betroffene mit den erlernten Strategien im Alltag alleine zurechtkommen. Aber auch im Bereich der Psychotherapie kann es für manche Patienten sehr hilfreich sein, wenn sie auch nach Beendigung einer Akuttherapie in gewissen Abständen nochmals therapeutische Unterstützung erhalten und gezielte Übungen durchführen.

Genau dies haben Edna Foa und ihr Team jetzt im Rahmen der o.g. Studie auch so gemacht, nämlich nach Ende einer intensiven Therapiephase über einen Zeitraum 6 Monaten noch weitere Expositionssitzungen a 90 Minuten Dauer (im Durchschnitt 10) angeboten. Es zeigte sich, dass dies auch sehr hilfreich für die Betroffenen war und mit Hilfe dieser

Strategie die Wahrscheinlichkeit auf Remission weiter angestiegen ist und die Betroffenen ihre Zwänge weiter reduzieren konnten.

Mit anderen Worten mit dieser Strategie konnten anteilig mehr Betroffene auch den Remissionsstatus erreichen, d.h. bez. der Zwangsstörung als zumindest im Beobachtungszeitraum als quasi geheilt eingestuft werden. Dies ist bedeutsam, weil üblicherweise nur $\frac{1}{3}$ der Betroffenen Remission bedeutet eigentlich Heilung bzw. Erreichen eines Zustands, in dem die diagnostischen Kriterien der Zwangsstörung nicht mehr erfüllt sind, das Befinden sich also mehr dem Befinden eines nicht an einer Zwangsstörung erkrankten Menschen, als das eines Zwangserkrankten angleicht. Konkret konnte der Anteil der Patienten mit nur noch minimalen Symptomen von 25 auf 50% erhöht werden.

Die Studie von Edna Foa und Mitarbeitern zeigt also, dass eine Erhaltungstherapie nach einer intensiven Therapiephase sehr wirksam und daher für den Hintergrund der starken Auswirkungen von Zwängen auf Lebensqualität, Arbeits- und Berufsfähigkeit und die hohe Chronifizierungsgefahr auch sehr sinnvoll ist.

Dies verweist darauf, dass z.B. nach intensiven stationären Therapien im Anschluss daran «Erhaltungstherapien» mit weiteren Expositionen im häuslichen Umfeld sinnvoll wären, ebenso wie natürlich im Anschluss an intensive ambulante Therapien Sitzungen in längeren Abständen zum Wiederauffrischen und Üben von grossem Vorteil sein könnten.

Fazit für die Praxis

- Unter einer Behandlung mit Serotonin Wiederaufnahme-Hemmern bleiben die meisten Patienten symptomatisch
- Bei ungenügendem Ansprechen auf SSRI ist KVT mit Exposition eine sehr wirksame Methode
- Eine Fortführung von Expositionssitzungen über 6 Monate hilft den Betroffenen, ihre Erfolge aufrechtzuerhalten und erhöht die Wahrscheinlichkeit, den Remissionstatus zu erreichen
- Die Studie zeigt auch, dass eine Therapie mit besonders hohem Übungsanteil von >50 % auch besonders wirksam ist

Literatur

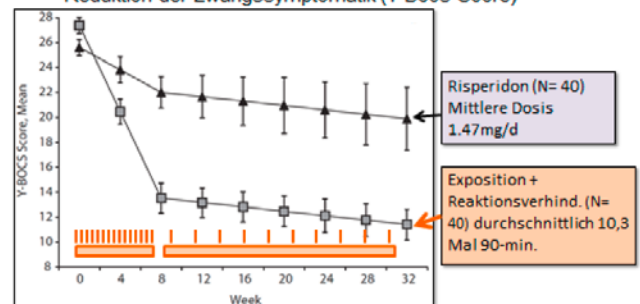
Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, Campeas R (2013). Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1190–1198. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1932

Foa EB, Simpson, HB, Rosenfield, D, Liebowitz, MR, Cahill, SP, Huppert, JD, Williams, MT. Six-Month Outcomes from a Randomized Trial Augmenting Serotonin Reuptake Inhibitors with Exposure and Response Prevention or Risperidone in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2015; 76(4):440–446.

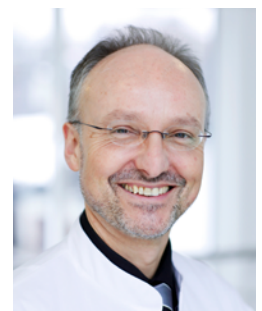
Kognitive Verhaltenstherapie mit intensiver Exposition bei fehlendem Ansprechen auf SSRI: anschließende 6-monatige Erhaltungstherapie mit weiteren Sitzungen

Foa et al. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2015; 76:4 40-446

Reduktion der Zwangssymptomatik (Y-BOCS-Score)



AUTOR
PROF. DR.
ULRICH VODERHOLZER
Ärztlicher Direktor/Chefarzt
Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
D-83209 Prien am Chiemsee
UVoderholzer@Schoen-Kliniken.de



Wenn sich Menschen ändern – Veränderungsprozesse in der Psychotherapie und ihre Beziehung zu spezifischen Therapietechniken und allgemeinen Wirkfaktoren

Michael J. Lambert^a Maria Kleinstäuber^b

^aDepartment of Psychology, Brigham Young University, Provo, UT, USA;

^bKlinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität, Marburg, Deutschland

<http://www.karger.com/Article/FullText/442372>

Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen

% Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

UniversitätsSpital Zürich

Culmannstrasse 8

8091 Zürich

Telefon +41 (0)44 255 98 03

Telefax +41 (0)44 255 98 04

Email: kontakt@zwaenge.ch

Internet: www.zwaenge.ch

Wir freuen uns, dass Sie sich entschlossen haben, die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen durch Ihre Mitgliedschaft zu unterstützen.

Ihre Anschrift

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ/Ort

Email-Adresse

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ). Darin enthalten ist das Abonnement für den «Newsletter» der SGZ.

- Der Mitgliederbeitrag beträgt CHF 75.00 pro Kalenderjahr für Betroffene/Angehörige
- Der Mitgliederbeitrag beträgt CHF 100.00 pro Kalenderjahr für Fachleute/Weitere

Datum

Unterschrift