



In dieser Ausgabe:

Mit HINTS den Schlaganfall aufspüren **5**

Schwindel, Übelkeit/Erbrechen, Gangunsicherheit in Verbindung mit Kopfbewegungen und Nystagmus sind typisch für ein akutes Vestibularissyndrom. Bei älteren Patienten kann hinter der Symptomatik aber auch ein Schlaganfall im Kleinhirn oder Hirnstamm stecken. Mit Hilfe eines dreistufigen Tests lässt sich dies zuverlässig erkennen.

Cannabiskonsum macht anfällig für Psychosen **11**

Erstmals wurde jetzt in einer Studie bestätigt, dass der Konsum von Cannabis tatsächlich ein erheblicher Risikofaktor für das erstmalige Auftreten von psychotischen Symptomen ist. Patienten, die das Rauschmittel konsumierten, hatten nach einem definierten Beobachtungszeitraum häufiger psychotische Symptome als die cannabisnaiven.

Magenkeim macht dem Kopf zu schaffen **13**

Helicobacter pylori-Infektionen setzen nicht nur dem Kopf, sondern auch dem Magen zu: Migränepatienten haben mehr und schwerere Attacken, wenn sie mit dem Keim infiziert sind, hiess es am *Jahreskongress der European Neurological Society*.

Kopfschmerzterror in der Nacht **14**

Nächtliche Kopfschmerzen können verschiedene Ursachen haben. Neben dem schlafgebundenen Kopfschmerz, Hypnic Headache, können auch Migräneattacke, Cluster-Kopfschmerz oder ein hoher Blutdruck für die gestörte Nachtruhe verantwortlich sein.

ACH-E-Hemmer gibt es bald als Generika **15**

Noch in diesem Jahr soll es die ersten AChE-Hemmer als Generika geben. Psychiater warnen jedoch davor, die antidementive Therapie aus rein ökonomischen Gründen umzustellen. Die veränderte Zusammensetzung der Hilfsstoffe und die unterschiedliche Galenik können Wirksamkeit und Verträglichkeit der Präparate beeinträchtigen.

Antidepressiva, Benzodiazepine & Co.

Schweizer Empfehlungen für die Angsttherapie

Unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck, Clenia Privatklinik Schlössli, hat die Schweizerische Gesellschaft für Angststörungen den schweizerischen Verhältnissen und Traditionen angepasste Empfehlungen zur Behandlung der verschiedenen Angsterkrankungen erarbeitet, die am 2nd Swiss Forum for Mood and Anxiety erstmals in ihren Grundzügen vorgestellt wurden. Prof. Keck erläuterte, welche Substanzen als Mittel der 1. Wahl angesehen werden und was bei

Therapieresistenz zu tun ist. Angststörungen sollten frühzeitig behandelt werden, denn sie gelten als Risikofaktor für andere psychiatrische Erkrankungen. Wer bereits im Kindes- und Jugendalter unter Angstsymptomen leidet, hat ein höheres Risiko, eine weitere psychische Störung wie z.B. eine Depression zu entwickeln. Worauf bei den jungen Patienten zu achten ist, erläuterte Prof. Dr. Susanne Walitza, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich. **Seiten 3, 4, 12**

Diagnostik und Therapie im Umbruch

Herausforderungen für die Psychiatrie



Wirtschaftliche Probleme, Stigmatisierung, neue diagnostische Fragen und vor allem Nachwuchssorgen – mit diesen Herausforderungen sieht sich die Psychiatrie heute konfrontiert. Und die Probleme werden eher noch zunehmen: Berechnungen gehen davon aus, dass die unipolare Depression im Jahr 2030 global gesehen zur teuersten Erkrankung avancieren

wird, erklärt Professor Dr. Erich Seifritz, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Heute stellt häufig der Zufall die Therapieweichen. Die Auswahl der Antidepressiva oder die Form der Psychotherapie bleibt zumeist dem Zufall überlassen. Das wird sich in Zukunft ändern: Eine immer differenziertere Diagnostik ermöglicht personalisierte Therapieansätze. **Seite 9**

Oft jahrelang als Depression verkannt

So erkennen Sie die präsenile Demenz

Bei der präsenilen Alzheimer-Demenz, die definitionsgemäss vor dem 65. Lebensjahr beginnt, finden sich wesentlich häufiger genetische Ursachen als bei der senilen Form. Klinisch macht sich diese Demenzform nicht nur durch Gedächtnisprobleme, sondern oft auch durch Störungen von Aufmerksamkeit, Sprache, konstruktiver Praxis und Exekutivfunktionen

bemerkbar. Wahnhafte Symptome sind dagegen im jüngeren Alter viel seltener als bei der senilen Form der Demenzerkrankung. Wichtig ist, auch bei jüngeren Menschen an die Möglichkeit einer Alzheimer-Demenz zu denken. Jeder Patient, der über anhaltende kognitive Beeinträchtigungen klagt, sollte diagnostisch genau abgeklärt werden. **Seite 14**

Anorexie, Bulimie und Binge-Eating

Von der Magersucht zur Adipositas

Das Spektrum der Essstörungen hat sich im Verlauf des letzten Jahrhunderts stark verändert. Die Magersucht, im Jahr 1873 erstmals beschrieben, blieb lange Zeit die einzige Störung in diesem Bereich. Erst 100 Jahre später grenzte der englische Psychiater Gerald Russell die Bulimia nervosa von der Anorexie ab. Heute wird auch das Binge-Eating, bei dem

während Heiss hungerattacken grosse Nahrungsmengen verzehrt werden, zu den Essstörungen gezählt. Langfristig führt diese Störung damit zu Übergewicht. Suchtforscher plädieren deswegen dafür, dass auch die Adipositas (BMI > 30 kg/m²) zu den Essstörungen gezählt und in das DMS-Klassifikationssystem aufgenommen wird. **Seite 6**

Wenn sich zur Depression noch die Angst gesellt

Komorbidity mit schlechter Prognose

ZÜRICH – Patienten mit Angsterkrankungen haben in der Regel mehr als eine – psychiatrische oder somatische – Diagnose. Die Komorbidität hat dabei sowohl Auswirkungen auf die Therapie als auch auf die Prognose.

Die verschiedenen Angststörungen (s. Tabelle) treten mit einer unterschiedlichen Prävalenz und nur selten als eigenständige Erkrankung auf, erklärte **Professor Dr. Erich Seifritz**, Direktor der Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, am 2nd Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders. Aufgrund der hohen Komorbidität von Angsterkrankungen, überlegt die APA (American Psychiatric Association) bei der Bearbeitung der DSM-Richtlinien die Angsterkrankungen nicht mehr als eigenständige Erkrankung zu klassifizieren und die Angstsymptome anderen Krankheitskategorien zuzuordnen.



Professor Dr. Erich Seifritz

hat drei oder mehr zusätzliche – psychiatrische oder somatische – Diagnosen.

Risikofaktor Angst früh behandeln

«Die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln, hängt sehr stark davon ab, ob bereits eine Angsterkrankung vorliegt», betonte Prof. Seifritz. So berichten Patienten mit Alkoholabhängigkeit oder Depression häufig über eine soziale Phobie oder unspezifische Angststö-

rungen in der Kindheit bzw. frühen Adoleszenz.

Angsterkrankungen sind also ein enormer Risikofaktor für eine Depression. Das heisst, «wenn Kinder oder Jugendliche Angstsymptome präsentieren, müssen wir diese behandeln, nicht nur wegen der primären Erkrankung, sondern um der Entwicklung einer weiteren psychischen Störung bzw. einer Depression vorzubeugen», betonte Prof. Seifritz.

Konsequenzen für die Therapie

Wichtig ist, die Komorbidität festzustellen, weil sich hierdurch Hinweise auf die Prognose ergeben. So sprechen z.B. Patienten mit einer Depression und zusätzlicher Panikstörung schlechter auf die antidepressive Therapie an und sind viel schwieriger zu behandeln. «Hierbei handelt es sich um eine katastrophale Kombination, im Hinblick auf das Ansprechen einer Therapie», so Prof. Seifritz.

Auch Angst als komorbide Symptomatik einer bipolaren Erkrankung stört den Verlauf und die Behand-

Angststörungen und ihre Prävalenz	
Angststörung	Lebenszeitprävalenz
Spezifische Phobien	7 % (m), 16 % (w)
Soziale Phobie	11 % (m), 15 % (w)
Generalisierte Angststörung	5 %
Panikstörung	2 % (m), 5 % (w)
Zwangserkrankung	1 bis 2 %
Posttraumatische Belastungsstörung	1 bis 3 % (allg. Lebenszeitprävalenz) 3 % bei Zivilisten nach Exposition von körperlicher Attacke 20 % bei Verletzten im Vietnamkrieg 50 % der Vergewaltigungsopfer

lung der bipolaren Krankheit, welche per se schon schwierig zu therapieren ist. In einer retrospektiven Analyse der STAR*D-Studie fand man, dass Patienten mit Depression und subsyndromalen Angstsymptomen deutlich geringere Chancen auf eine Remission hatten und schlechter auf Medikamente und Psychotherapie ansprachen.

Auch die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden oder Probleme am Arbeitsplatz zu bekommen, ist mit der Komorbidität Depression und Angst sehr viel höher als mit

einer einzelnen Störung. Das gleiche gilt für die Lebensqualität und die Suizidalität. So steigt die Suizidalität sprunghaft an, wenn zu einer Panikstörung noch eine Major Depression kommt.

Die Behandlungswahrscheinlichkeit – medikamentös oder psychotherapeutisch – ist aber auch heute noch sehr gering: So werden Personen mit Angststörungen mit einer Wahrscheinlichkeit von 36 % überhaupt behandelt, Patienten mit affektiven Störungen zu 50 %, erklärte der Experte. *pg*

Verschiedene Substanzen im Einsatz

Schweizer Empfehlungen für die pharmakologische Angsttherapie

ZÜRICH – Die SGAD hat in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP) den schweizerischen Verhältnissen und Traditionen angepasste Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen erarbeitet. Professor Dr. Dr. Martin E. Keck, Clenia Privatklinik Schlössli, stellte diese am 2nd Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders erstmals in ihren Grundzügen vor.

Die Behandlungsempfehlungen basieren auf den Leitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP, Bandelow B et al. 2008), so Prof. Keck, unter dessen Leitung die Behandlungsempfehlungen erstellt wurden. Nach ihnen sollte eine medikamentöse Therapie bei mittelschwerer bis schwerer Beeinträchtigung begonnen werden, wenn eine alleinige

Behandlungsempfehlungen bei Angsterkrankungen		
Erkrankung	Therapeutische Optionen	Bei Therapieresistenz
Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie*	<ul style="list-style-type: none"> Mittel der 1. Wahl: SSRI (Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin) und Venlafaxin (Level A) TZA wirksam (Level A), aber weniger verträglich 	<ul style="list-style-type: none"> BZD: z.B. Alprazolam (Level A) Augmentation einer SSRI-Behandlung mit Pindolol, einem TZA oder einer Kombination von Valproat und Clonazepam
Soziale Phobien*	<ul style="list-style-type: none"> Mittel der 1. Wahl: SSRI und Venlafaxin (Level A, ausser Citalopram) Moclobemid (Level C) 	<ul style="list-style-type: none"> BZD als Kombination (Clonazepam Level B1)
Spezifische Phobien	<ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verhaltenstherapie, Psychopharmaka nicht als Standardbehandlung 	
Generalisierte Angststörung ⁺	<ul style="list-style-type: none"> Mittel der 1. Wahl: Venlafaxin und Paroxetin (Level A) Duloxetin, Escitalopram, Sertralin (Level A, Sertralin für diese Indikation nicht in der CH zugelassen) Pregabalin (Level A) Buspiron (Level C, in CH vom Markt genommen) Imipramin (Level A), aber ungünstiges Nebenwirkungsprofil, deshalb nur 2. Wahl 	<ul style="list-style-type: none"> BZD z.B. Alprazolam (Level A) Hydroxizin (Level B1, stark sedierend)

* Die verfügbaren Studien sprechen für eine Kombination der pharmakologischen Behandlung mit einer Psychotherapie, derzeit ist die kognitive Verhaltenstherapie am besten untersucht.
⁺ Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie wirksam.

Psychotherapie nicht ausreicht. Es gehören immer beide Säulen zur Therapie, eingebettet in eine multimodale Behandlung inkl. Psychoedukation. Die Behandlung sollte über mindestens sechs Monate bis zwei Jahre – bei der Panikstörung – fortgeführt werden.

Antidepressiva gegen die Angst

Die anxiolytische Wirkung der Antidepressiva ist unabhängig von deren antidepressiven Wirkungen. Wichtig sind ein sehr langsames Aufdosieren und ein sukzessives

Ausschleichen bei Behandlungserfolg. Nach einer Remission sollte die Therapie 12 bis 24 Monate weitergeführt werden. Bei der medikamentösen Therapie der Angststörung können verschiedene Substanzen zum Einsatz kommen:

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sind in ihrer Wirksamkeit gut belegt. Die primär serotonerge Überstimulation kann durch eine niedrige Startdosis mit sehr langsamer Aufdosierung (z.B. in 10- bis 25 mg-Schritten) vermieden werden.

Von den SSNRI ist die Wirksamkeit von Venlafaxin bei generalisierter Angststörung, sozialer Phobie und Panikstörung nachgewiesen. Duloxetin ist nur bei der generalisierten Angststörung effektiv.

Trazodon als SARI ist in der Schweiz bei der Depression mit und ohne Angststörung zugelassen. Zwei Studien haben die Wirksamkeit bei GAD nachgewiesen. Von Vorteil ist, dass es selten zu Gewichtszunahme oder sexueller Dysfunktion kommt.

Unter den ebenfalls sehr wirksamen Trizyklika sind uner-

wünschte Wirkungen häufiger als unter SSRI. Zudem sind sie bei sozialen Phobien nicht hinreichend untersucht.

Bezüglich der RIMA sind die vorliegenden Studienergebnisse inkonsistent. Die Wirksamkeit von Moclobemid wurde bei sozialer Phobie in drei placebokontrollierten Studien nachgewiesen. Die Substanz zeichnet sich durch ein gutes Nebenwirkungsprofil aus, in der Regel gibt es keine sexuellen Funktionsstörungen. Da es auch



Professor Dr. Dr. Martin Keck

Schlafstörungen, Angst und Depression

Verschiedene Therapieoptionen für ein komplexes Problem

ZÜRICH – Schlafstörungen treten häufig im Zusammenhang mit Depression und Angststörungen auf. Nicht alle Anxiolytika oder Antidepressiva sind jedoch auch für die Behandlung der Schlafprobleme geeignet.

Zwischen Insomnie, Angststörungen und Depression gibt es eine komplexe Beziehung: Auf der einen Seite sind psychiatrische Erkrankungen wie Depression, Generalisierte Angst- und Panikstörung Risikofaktoren für eine Insomnie. Andererseits ist aber auch die Insomnie per se als Risikofaktor für das spätere Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen anzusehen, erklärte **Professor Dr. Edith Holsboer-Trachsler**, Stv. Chefärztin Erwachsenenpsychiatrie und Leiterin des Zentrums für Affektive-, Stress- und Schlafstörungen, UPK Basel, am *2nd Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders*. In etwa 40 % treten Insomnien nicht allein, sondern als Komorbidität auf. Zudem besteht ein Zusammenhang zwi-



Prof. Dr. Edith Holsboer-Trachsler

schon dem Ausmass der Insomnie und der Schwere der psychiatrischen Erkrankung.

Die Diagnose stellt den Arzt häufig vor eine schwere Aufgabe: «Klagt ein Patient über Schlafstörungen und Angstsymptome, sind Sie gefordert. Denn hinter diesen Beschwer-

den kann sich eine Depression, eine generalisierte Angststörung, eine Panikstörung oder auch ein Restless-Legs-Syndrom verbergen», so Prof. Holsboer-Trachsler. So leiden mehr als 80 % der Patienten mit schwerer Depression an Schlafstörungen. Diese sind häufig das erste Symptom der Depression und das häufigste Residualsymptom nach einer Remission.

Veränderungen im Schlaflabor

Untersucht man die Patienten im Schlaflabor, findet man bei denjenigen mit einer Depression verschiedene polysomnographische Veränderungen: eine verminderte Schlafeffizienz (vermehrte Wachphasen), einen reduzierten Tiefschlaf, eine verkürzte REM-Latenz und eine gestörte REM-Architektur (zu viel REM-Schlaf in der ersten Nachthälfte, zu wenig Tiefschlaf), weiterhin eine erhöhte Dichte an Augenbewegungen pro REM-Phase.

Die Sekretion von Wachstumshormon und Cortisol ist bei diesen Patienten gestört: Es wird zu wenig Wachstumshormon über die Nacht ausgeschüttet, die Cortisolsekretion sinkt nicht genügend ab, da das Stressniveau über 24h dauerhaft erhöht ist. Das ganze führt man zurück auf eine Imbalance der zentralen Neuropeptide.

Diese Störungen findet man auch bei Patienten mit chronischer Insomnie. Daher haben die Betroffenen wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen, v.a. Depression.

Bei Angsterkrankungen macht sich die Insomnie durch eine verlängerte Einschlafzeit, mehr Wachphasen, eine reduzierte Schlafeffizienz und ein Tiefschlafdefizit bemerkbar. Im Gegensatz zur Depression ist bei der reinen GAD der REM-Schlaf jedoch nicht gestört.

Nicht alle Substanzen sind geeignet

Die Wirkung der kognitiven Verhaltenstherapie auf die Schlafstörungen ist bei den Angsterkran-

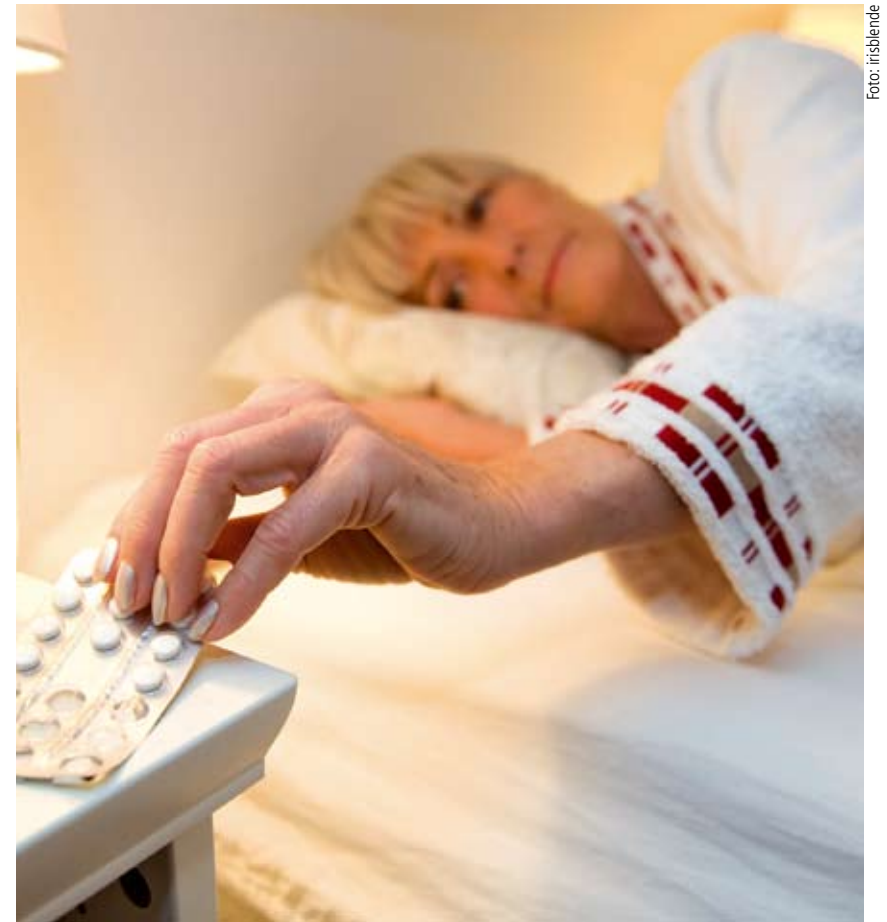


Foto: irishende

Ist die Nachruhe gestört, greifen viele Patienten zum Schlafmittel.

kungen kaum untersucht, scheint aber einen moderaten Effekt zu haben.

Die verschiedenen Anxiolytika haben unterschiedliche Effekte auf den Schlaf, erklärte Prof. Holsboer-Trachsler. Einige Substanzen wie Paroxetin oder Venlafaxin können periodische Beinbewegungen hervorrufen, was bei dem erhöhten Risiko für ein Restless-Legs-Syndrom (s. Kasten) als ungünstig einzustufen ist.

Ein effektives Anxiolytikum, das auch auf den Schlaf – insbesondere auf die Durchschlafstörungen und das Tiefschlafdefizit – wirkt, ist Pregabalin. Unter dieser Substanz verbessert sich auch eine ggf. vorhandene Restless-legs-Symptomatik. Dafür muss eventuell mit anderen Nebenwirkungen gerechnet werden. «Man muss genau evaluieren, welche Beschwerden bei den Patienten im Vordergrund stehen und am meisten stören», betonte die Expertin.

Von den Antidepressiva sind insbesondere Trazodon, Mirtazapin und Agomelatin für Patienten mit Schlafstörungen geeignet.

Die therapeutischen Möglichkeiten sollten entsprechend Syndrom, Komorbidität und pharmakologischem Profil eingesetzt werden. Das Ziel sollte dabei die vollständige Remission – inklusive der Schlafstörungen – sein. *pg*

Restlegs-Legs-Syndrom und psychiatrische Erkrankungen

45 % der Patienten mit Restless-Legs-Syndrom (RLS) haben weitere psychiatrische Diagnosen, am häufigsten depressive Störungen. Umgekehrt findet man bei psychiatrischen Patienten (inklusive Depression) ein 50 % höheres Erkrankungsrisiko für eine RLS. Dies ist vor allem für die Therapie relevant.

Schweizer ...

Fortsetzung von Seite 3

Studien mit negativen Resultaten gibt, ist Moclobemid als Mittel der 2. oder 3. Wahl anzusehen.

Benzodiazepine nicht verteufeln

Die anxiolytische Wirkung der Benzodiazepine tritt sofort ein. Hilfreich sind sie z.B. kurzfristig bei einem Therapiebeginn mit SSRI. Benzodiazepine zu verteufeln und grundsätzlich nicht zu geben, ist kein guter Therapieansatz, erklärte Prof. Keck. Es sollte eine adäquate Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen. Auch in der Bedarfsbehandlung kurzfristiger agoraphober Problemsituationen haben Benzodiazepine einen Platz. «Die kontrollierte Gabe ist nicht die schlechteste Option», so Prof. Keck.

Betablocker sind im Einzelfall bei nicht generalisierten sozialen Phobien (z.B. bei Prüfungsangst) kurzfristig wirksam, um vegetative

Symptome zu unterdrücken. Die Einnahme erfolgt 30 bis 60 Minuten vor dem spezifischen Ereignis (z.B. Propranolol 10 bis 60 mg, off-label, keinen kardioselektiven Beta-blocker)

Von den Antikonvulsiva ist Pregabalin bei der GAD und den sozialen Phobien wirksam. In der Schweiz ist die Substanz für die Therapie der GAD zugelassen.

Präferenz der Patienten entscheidend

Die Entscheidung für eine pharmako- und/oder psychotherapeutische Behandlung ist abhängig von der Präferenz der Patienten, möglichen Nebenwirkungen, der Schnelligkeit des Wirkungseintritts sowie der Verfügbarkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste. Bei schwerer Angstsymptomatik werden viele Patienten erst durch die medikamentöse Behandlung in die Lage versetzt, eine psychotherapeutische Behandlung durchzuführen. *pg*

Impressum

MEDICAL TRIBUNE
Neurologie • Psychiatrie

© 2011

Verlag und Herausgeber:
swissprofessionalmedia AG

Geschäftsleitung: Oliver Kramer

Verlagsleitung: Dr. med. Theo Constanda

Chefredaktorin: Dr. med. Petra Genetzky

Lektorat: Esther Breger

Ständige Korrespondenten:

Dr. rer. nat. Klaus Duffner, Dr. med. Arnd Fussinger, Christine Kaiser, Wissenschaftsjournalistin, Dr. med. Edgar Mosimann, Dr. med. Ulrike Novotny, Jacques Rossier, Arzt, Dr. med. Susanne Schelosky, Dr. med. Anka Stegmeier-Petroianu, Dr. med. Dieter Thürig, Dr. med. Robert Vieli, Dr. rer. nat. Renate Weber, Dr. med. André Weissen, Dipl. pharm. Alexandra Werder, Dr. med. Christian Werler

Generalsekretärin Prix Galien:

Dr. med. Petra Genetzky

Herstellungs- und Produktionsleitung:

Patrik Brunner

Layout:

Michael Köb

Abonnentendienst:

Sabrina Schaub
Tel.: 058 958 96 48, Fax: 058 958 96 60

Verkauf:

Antonino Diaco (Rx-Anzeigen)
Tel.: 058 958 96 17, adiaco@medical-tribune.ch
Key Account Manager

Biagio Ferrara (Rx-Anzeigen)

Tel.: 058 958 96 45, bferrara@medical-tribune.ch
Key Account Manager

Marc Philipp (Rx-Anzeigen)

Tel.: 058 958 96 43, mphilipp@medical-tribune.ch
Key Account Manager

Anzeigenadministration:

Marianne Vogt, Tel.: 058 958 96 10
Preisliste vom 01.01.2010

Adresse:

swissprofessionalmedia AG
Grosspeterstr. 23
Postfach
CH-4002 Basel, Switzerland
Telefon 058 958 96 00
Telefax 058 958 96 60
Medical Tribune-Online: www.medical-tribune.ch
E-Mail: kontakt@medical-tribune.ch

Druck:

Printec Offset Medienhaus
Ochshäuser Strasse 45
D-34123 Kassel

Bankverbindung:

Postcheck Basel, Kto.-Nr. 40-27 104-5

Bezugsbedingungen:

Einzelpreis Fr. 12.– (inkl. Porto und MWST).

Mit der Einreichung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben, Sonderproduktionen und elektronischen Medien der Medical Tribune Group und der verbundenen Verlage veröffentlicht werden kann.

ISSN: 0170-1894

Aktuelle Probleme und Umwälzungen

Wie geht es weiter mit der Psychiatrie?

OETWIL AM SEE – Die Psychiatrie der Zukunft soll effizient, menschlich, ökonomisch und zudem attraktiv für den ärztlichen Nachwuchs sein. An einem Symposium der Privatklinik Schössli beleuchtete Professor Dr. Erich Seifritz, Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, die Zukunftsperspektiven der Psychiatrie.

Das sind die Herausforderungen, mit denen die Psychiatrie aktuell konfrontiert wird: wirtschaftliche Probleme, Stigmatisierung, neue diagnostische Fragen, Erforschung und Entwicklung besserer, personalisierter Therapien und grosse Nachwuchsprobleme. Aufgrund von Berechnungen gehen WHO und Weltbank davon aus, dass die unipolare Depression im Jahr 2030 global gesehen zur teuersten Erkrankung avancieren wird, nachdem sie im Jahr 2004 bereits als drittteuerste Erkrankung galt. In scharfem Kontrast dazu steht die beunruhigende Tendenz von Pharmafirmen, sich aus der Forschung und Entwicklung in problematischen Bereichen der psychiatrischen Therapie wie der Depressionstherapie zurückzuziehen.

Stigma psychiatrische Erkrankung

In der Gesellschaft sind psychiatrische Erkrankungen und Behandlungen weiterhin stark stigmatisiert. Wer will schon eine Therapie mit Antidepressiva, die nach Ansicht von 69% der Bevölkerung in Deutschland die Persönlichkeit verändern

und in den Augen von 80% abhängig machen? Aus Deutschland ist bekannt, dass sich lediglich 10% der Personen mit behandlungsbedürftiger Depression tatsächlich in adäquater Behandlung befinden. Präventions- und Awarenesskampagnen haben sich als nützlich erwiesen: Sie können Suizidhandlungen messbar reduzieren. Anders als bei übertragbaren und somatischen Erkrankungen hat aber das BAG nicht die Aufgabe, sich um psychische Erkrankungen zu kümmern. Weil kein Budget für psychische Erkrankungen vorhanden ist, können im Bereich der psychischen Gesundheit keine nationalen Kampagnen analog der Aids-Präventionskampagne durchgeführt werden. Es gilt deshalb, in Zukunft psychische Erkrankungen in kantonale Präventionskampagnen einzubeziehen.

Dass die Psychiatrie eng zur gesamten Medizin gehört, zeigt sich beispielsweise an der Depression, die zugleich eine psychische und körperliche Erkrankung ist. Bei Depressionen wird die Stresshormonachse aktiviert und das Risiko von Typ-2-Diabetes, Adipositas, Immunschwäche, Hypertonie, Atherosklerose und



Professor Dr. Erich Seifritz

Herz-Kreislaufkrankungen nimmt zu. Die Prognose von Patienten, die einen Herzinfarkt oder Hirnschlag erlitten haben, wird durch eine zusätzliche Depression massiv verschlechtert.

Alle psychiatrischen Diagnosesysteme der letzten 170 Jahre stützen sich rein auf das Gespräch ab. Biologie und Neuropsychologie wurden bisher bei der psychiatrischen Krankheitsklassifikation völlig ausgeblendet. In Zukunft wird die klinische Beurteilung aufgrund des Gesprächs (klinischer Phänotyp) zusätzlich durch Biomarker wie bildgebende Verfahren (Endophänotyp) charakterisiert und mit dem Genotyp in Verbindung gebracht werden. Aufgrund von funktionellen MRI-Befunden können beispielsweise verschiedene Subtypen von Erkrankungen differenziert werden, die alle als Borderline-

Persönlichkeitsstörung bezeichnet werden.

Im Rahmen der Therapiefor- schung kann heute mit Hilfe der Magnetresonanztomographie, einer Schlüsseltechnologie der modernen psychiatrischen Forschung, untersucht werden, wie Psychotherapie und wie Pharmakotherapie neuronal im Gehirn wirken. Obwohl beide Methoden letztlich gleiche Therapieeffekte haben können, wurden ganz unterschiedliche Wirkpfade aufgedeckt. Solche Forschungen können beim gezielten Einsatz verschiedener Therapiemöglichkeiten behilflich sein. Multimodale Forschung unter Verwendung verschiedener bildgebender und molekularer Methoden wird möglicherweise in Zukunft ein umfassendes Bild der Pathophysiologie liefern und bessere Behandlungen erlauben.

Therapie nach dem Zufallsprinzip

Heute stellt häufig der Zufall die Therapieweichen. Vom Zufall hängt es ab, ob eine Pharmako- oder Psychotherapie gewählt wird. Dem Zufall bleibt es überlassen, welches Antidepressivum oder welche Form der Psychotherapie Anwendung findet. Das wird sich in Zukunft ändern. Die klinischen Phänomene werden immer differenzierter individuell charakterisiert werden, damit personalisierte

bio-psychoziale Therapieansätze gewählt werden können. Zur Prädiktion der Therapiewirkung liegen bereits pharmakogenetische Befunde vor. Auch die Bildgebung gibt Hinweise zur Prädiktion der Wirkung von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Schlafentzug. Überdies lässt sich aus der Biografie ableiten, auf welche Therapie ein individueller Patient ansprechen wird. Beispielsweise sprechen Patienten mit chronischer Depression besser auf Antidepressiva an, wenn in der Anamnese kein Kindheitstrauma vorhanden ist. Hingegen sprechen chronisch Depressive mit Kindheitstrauma besser auf Psychotherapie an.

Nachwuchsmangel ein Problem

In der Psychiatrie herrscht eklatanter Nachwuchsmangel. Im Jahr 2008 waren nur noch 36,6% der Psychiatrie-Assistenzärzte eidgenössisch diplomiert, 48,3% kamen aus der EU, 15,1% aus dem übrigen Ausland. Zur Nachwuchsförderung im Fach Psychiatrie wird jetzt an der Universität Zürich ein «Studienschwerpunkt Psychiatrie» angeboten, der bereits früh während des Studiums eine vertiefte Auseinandersetzung mit psychiatrischen Themen ermöglicht, wozu auch psychiatrische Forschung und ärztliche Psychotherapie gehören. *Alfred Lienhard*

Evidenzbasierte Phytotherapie

Diese Pflanzenextrakte helfen der Psyche

OETWIL AM SEE – Auch für die Psychiatrie stehen evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten mit Pflanzenpräparaten zur Verfügung. In scharfem Kontrast zur viel gepriesenen Selektivität synthetischer Psychopharmaka sind die Wirkprinzipien phytotherapeutischer Extrakte nichtselektiv und hochqualifiziert, sagte Professor Dr. Reinhard Saller, Institut für Naturheilkunde, Universität Zürich, an einem Symposium der Privatklinik Schössli.

Als bekanntestes pflanzliches Antidepressivum kann Johanniskraut bei leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden eingesetzt werden. Das phytotherapeutische Wirkprinzip ist aber nicht die Johanniskrautpflanze an sich, sondern das Vielstoffgemisch, das durch die Zubereitung entsteht und mehr als 150 Stoffe umfassen kann. Je nach Zubereitungsart (z.B. unterschiedliche Lösungsmittel für die Extraktion) resultiert in jedem phytotherapeutischen Arzneimittel ein anderes Wirkprinzip.

Während der Körper bei Verwendung der Monosubstanz z.B. eines SSRI mit lauter gleichen Molekülen konfrontiert wird, wirkt das pflanzliche Vielstoffgemisch mit zahlreichen Einzelkomponenten, die in sehr geringen Mengen vorhanden sind, auf den Organismus ein. Weil auch die Konzentrationen toxischer Wirkstoffe nur sehr klein sind, werden relativ geringe unerwünschte Wirkungen beobachtet. Die multiplen, voneinander unabhängigen, pleiotropen Wirkmechanismen der Phytotherapeutika sind vorteil-

haft, wenn zwischen den Patienten individuelle Unterschiede bestehen. Wenn im Einzelfall ein bestimmter biologischer Weg nicht beeinflussbar ist, können Phytotherapeutika auch über alternative Wege zur Wirkung kommen.

Hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit bei depressiven Patienten bestehen keine Unterschiede zwischen synthetischen Einzelsubstanzen und pflanzlichen Vielstoffgemischen. In einer Metaanalyse von 29 vergleichenden klinischen Studien waren die verwendeten Johanniskrautzubereitungen bei mittelschweren Depressionen (Major Depression) dem Placebo überlegen und im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva und SSRI gleich wirksam. Im Hinblick auf die Häufigkeit unerwünschter Wirkungen ergaben sich für Johanniskraut im Vergleich zu Trizyklika und SSRI deutliche Vorteile. Die Dropout-Rate aufgrund unerwünschter Wirkungen war mit synthetischen Antidepressiva erheblich höher.



Professor Dr. Reinhard Saller

Die antidepressive Wirkung stellt sich bei den eher niedrigen Dosierungen, die in Studien verwendet wurden (z.B. täglich 500 mg Ze 117=Rebalance® oder 900 mg LI 160=Jarsin®), nach durchschnittlich zwei bis drei Wochen ein. Beim individuellen Patienten kann es aber auch wesentlich rascher oder langsamer zur Besserung kommen.

Unterschiedliches Interaktionspotenzial

Die in der Schweiz verfügbaren Johanniskrautpräparate unterscheiden sich bezüglich Zusammensetzung teils beträchtlich und doch sind sie bei adäquater Dosierung bezüglich Wirksamkeit vergleichbar. Anders als bei den erwünschten Wirkungen spielt die unterschiedliche Zusammensetzung bei den Interaktionen

eine ganz erhebliche Rolle. Es konnte gezeigt werden, dass der Hyperforingehalt, der je nach Präparat pro Tag zwischen weniger als 1 mg bis mehr als 25 mg variiert, für Interaktionen verantwortlich ist. Ein erhöhtes Interaktionsrisiko besteht bei hohem Hyperforingehalt (z. B. Trockenextrakt LI 160), jedoch nicht bei sehr niedrigem Hyperforingehalt wie beim Trockenextrakt Ze 117. Wird keine Begleitmedikation verwendet, spielt dies keine Rolle und beide genannten Extrakte, die in ihrer Wirksamkeit vergleichbar sind, können gleichermaßen verwendet werden. Auch mit Johanniskraut-Ölauszug (Rotöl) oder mit Frischpflanzensaft treten keine Interaktionen auf.

Raten Sie den Patienten im Hinblick auf die Qualitätssicherung davon ab, selbst gepflücktes Johanniskraut zu verwenden, denn diese Pflanze sammelt fleissig Cadmium und Strontium. Vorzuziehen sind quantifizierte Extrakte, die aus kontrolliert angebauten und korrekt getrockneten Pflanzen stammen. Johanniskrauttee wirkt erst ab einer Menge von drei Litern täglich antidepressiv. Interaktionen sind bei bis drei Liter Tee täglich nicht zu befürchten.

Neuerdings wird auch versucht, Patienten mit schwerer Depression mit Johanniskrautzubereitungen

zu behandeln, wobei die üblichen Dosen verdoppelt werden. Auch diese höheren Dosierungen sind gut verträglich und ohne phototoxische Reaktionen.

«Phytoanquilizer» für somatoforme Störungen

Der Spezialextrakt Ze 185 (Relaxane®) ist ein pflanzliches Kombinationspräparat aus Extrakten von Pestwurz- und Baldrianwurzel, Passionsblumenkraut und Melissenblättern, dessen Wirksamkeit als Anxiolytikum und Tranquilizer in klinischen Studien geprüft wurde. Bei Patienten mit somatoformen Störungen konnte das Zürcher Institut für Naturheilkunde in einer randomisierten, placebokontrollierten Kurzzeitstudie (zweiwöchige Behandlung) die deutliche Überlegenheit von Ze 185 im Vergleich zu Placebo zeigen.¹ Als primäre Parameter wurden Angst (visuelle Analogskala) und Depression (Beck'sches Depressionsinventar) herangezogen. Im Vergleich zu Placebo nahmen Angst und Depression mit Ze 185 signifikant ab. *Alfred Lienhard*

1. Melzer J et al.: Fixed herbal drug combination with and without butterbur (Ze 185) for the treatment of patients with somatoform disorders: randomized, placebo-controlled pharmacological trial. *Phytotherapy Research* 2009; 23: 1303–1308.