

**2. Nordwestdeutscher Psychiatrietag, 31.3.2007**

# Grundlagenforschung in die Klinik tragen

Der 2. Nordwestdeutsche Psychiatrietag (NWPT), veranstaltet von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Quakenbrück in Dinklage, fand dieses Jahr unter dem Thema „Die Verbindung von Grundlagenforschung und Klinik – Neue Erkenntnisse aus Psychiatrie und Psychotherapie“ statt. Das ganztägige, wissenschaftliche Symposium mit renommierten Referenten besuchten über 100 Fachkollegen. Es hat sich damit als eine zentrale überregionale Weiterbildungsveranstaltung etabliert.

■ Gravierende Veränderungen der Alterspyramide und die sich daraus ergebenden sozialpolitischen und medizinischen Konsequenzen zeigte *Prof. D. Braus*, Wiesbaden in seinem Vortrag „Gehirn und Alterung – Neue Erkenntnisse zur Neuroplastizität“ auf.

Wie *Braus* darlegte, kommt es im Alter nicht grundsätzlich zu einem Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit, sondern vielmehr zu einer Verlagerung der Gehirnaktivität. Fluide Fähigkeiten nehmen demnach ab dem 50. Lebensjahr ab, kristalline Fähigkeiten bis zum 80. Lebensjahr eher noch zu. Das Gehirn meistert im 50. und 80. Lebensjahr dieselben Anforderungen, allerdings auf andere Weise. Mittels funktioneller Bildgebung (fMRT) konnte belegt werden, dass die Alterung des Gehirns einen sehr differenzierten

Prozess darstellt, wobei der altersbedingte kognitive Leistungsabbau in der Regel durch Aktivitätssteigerung in anderen Gehirnregionen kompensiert wird. Ein stabiles soziales Netzwerk, geistige und körperliche Aktivität sowie geringe Vorbelastung mit kardiovaskulären Risikofaktoren gelten als für diese Kompensation förderlich.

Im Tierexperiment korreliert das Ausmaß von „play and exercise“ mit  $\beta$ -Amyloid-Ablagerungen im Gehirn. Die Zunahme der Ablagerungen wird mit Abbauprozessen in Verbindung gebracht.

Der Hirnsubstanzverlust, den eine demenzielle Erkrankung mit sich führt, lässt sich über das Hippocampusvolumen im MRT beurteilen.

### Netzwerkstörung Schizophrenie

Dass schizophrene Erkrankungen als Netzwerkstörung konzeptualisiert werden können, legte *Prof. P. Falkai*, Göttingen, eindrucksvoll dar. Unter dem Thema „Neurobiologie der Schizophrenie: Entwicklungsstörung, degenerativer Prozess oder beides?“ zeigte er wichtige hirnmorphologische Befunde auf, worin vor allem der Hippocampus, die Temporallappen, der Thalamus sowie der präfrontale Cortex involviert sind.

In Studien mit Familien, in denen mehrere Schizophrenieerkrankungen aufgetreten waren, konnten phänotypische Auffälligkeiten mit einer deutlichen Volumenreduktion der grauen Substanz nachgewiesen werden. Die Auffälligkeiten fanden sich auch – allerdings nicht in diesem Ausmaß – bei gesunden Angehörigen ersten Grades.

In der weißen Substanz gesunder Familienmitglieder waren die Volumenreduktionen deutlich geringer ausgeprägt. Stattdessen zeigte sich eine Reduktion im Frontallappen sowie – weniger ausgeprägt – auch in den Temporallappen. Für eine gestörte Hirnentwicklung sprechen pathologische sogenannte Gyrfizierungsindices (der Gyrfizierungsindex gilt als Hirnentwicklungsmarker in utero bis zum 1. Lebensjahr), insbesondere im Frontallappen, wo auch vermehrt neurogenerative Veränderungen bestehen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist die positive Korrelation der Volumenreduktion in der grauen Substanz mit der Krankheitsdauer.



**Faszinierte das Auditorium mit neuesten Studien zur Netzwerkstörung Schizophrenie: Prof. Dr. P. Falkai, Göttingen**

Obwohl im Verlauf der Krankheit funktionelle Degenerationen auftreten, kann die Schizophrenie demnach nicht mehr als klassische neurodegenerative Erkrankung gelten. Hierbei sind Störungen der Synapsenneubildung bedeutsam, zu einem Motoneuronenverlust, einer Astrozytose oder einer Mikrogliose kommt es nicht.

### Pharmakotherapie schizophrener Erkrankungen

Die deutliche Verbesserung der Therapiechancen von Patienten mit Schizophrenie durch die Einführung atypischer Neuroleptika betonte *Prof. K. Wiedemann*, Hamburg. Die Ergebnisse der CATIE-Studie, welche diese positive Bewertung relativieren, kommentierte er aus methodischer Sicht kritisch. Weiterhin wies er auf eine Neuentwicklung – Paliperidon – auf dem Gebiet



**Brachte den Teilnehmern des Symposiums das Modell der Angstbasisstörung näher: Dr. Dipl.-Psych. R. J. Boerner, Quackenbrück**

der atypischen Antipsychotika hin. Paliperidon, Metabolit des Risperidon, ist durch eine moderne Galenik (eine osmotische Minikapsel) charakterisiert, bei der der Wirkstoff über bis zu 50 Stunden freigesetzt wird, sodass eine einmalige Nichteinnahme hinsichtlich des Blutplasmaspiegels gut überbrückt werden kann. Dies ist hinsichtlich der Compliance, der Rezidivprophylaxe sowie der möglichen Nebenwirkungen bedeutsam.

Die bisherige Annahme, dass Antipsychotika erst nach zwei bis drei Wochen eine antipsychotische Wirkung zeigen, widerlegt eine Studie von *Kapur et al.* (2005). 311 akut psychotische Patienten wurden entweder mit Placebo oder mit 10 mg Olanzapin bzw. mit 7,5 mg Haloperidol behandelt. Bereits nach einer Woche war eine Reduktion des PANSS-Scores festzustellen. Der spätere Therapieerfolg war anhand der Response der ersten beiden Wochen nachweisbar.

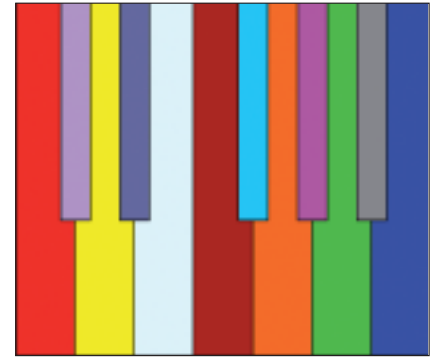
In einer weiteren Studie wurde gezeigt, dass Ausmaß und Dauer der Psychoserezidive mit der späteren Behandlungsdauer bis zur Remission korrelieren, so *Wiedemann*. Auch dies ist ein wichtiger Hinweis auf die Notwendigkeit einer ausreichenden antipsychotischen Therapie und der Sicherung der Therapieadhärenz.

Grundsätzlich favorisiert *Wiedemann* eine neuroleptische Monotherapie und befürwortet Kombinationen nur bei Therapie-Nonrespondern und/oder therapieresistenten Patienten.

### Synästhesieforschung

Mit einer ganz anderen Form neurologischer Veränderungen setzten sich *H. M. Emrich* und *W. Dillo*, Hannover, auseinander. Ihr Forschungsschwerpunkt gilt den sogenannten Synästhetikern, Menschen, die über besondere Wahrnehmungsqualitäten verfügen. Die Medizinische Hochschule Hannover befasst sich seit vielen Jahren mit dieser Thematik und hofft, aus der vorliegenden Forschung Hinweise zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Informationsverarbeitung bei schizophrenen Patienten zu gewinnen.

Synästhetiker sind zu einer „Überleistung an integrativer Wahrnehmung“ befähigt. Mit dem Begriff „Binding“ wird die Tatsache beschrieben, dass es Menschen gelingt, verschiedene Aspekte wie Form,



**Farbenklavier mit Ton-Farbe-Zuordnung, entwickelt vom Komponisten und Synästhetiker Alexander Nikolajewitsch Skrjabin**

Farbe, Bewegung, Klang und Gefühlston zusammenzufassen (sogenannte intermodale Integration) und zumindest zeitweise als Einheit zu erleben. Während Synästhetiker zu einem „Hyperbinding“ in der Lage sind, liegt bei Psychotikern eine Störung dieser Kohärenz vor.

Die „Vermischung der Sinne“ führt bei Synästhetikern zu dem Phänomen des Farbenhörens. Das Hören von Musik führt gleichzeitig zur Wahrnehmung bestimmter Formen und Farben, die oft dreidimensional und sogar mit speziellen Oberflächeneigenschaften erlebt werden. Neuropsychologische Untersuchungen führten zu der Hypothese, dass beim „Hyperbinding“ eine Brücke zwischen zwei kortikalen Arealen (Repräsentanzen kognitiver Inhalte) in einem limbischen Areal gebildet wird. Diese stellt das „limbisch bewertende Zwischenglied“ dar. fMRT-Untersuchungen zeigten bei Kontrollpersonen eine frontale Aktivierung bei Imaginationsübungen, beim Betrachten von Schrift ohne zusätzliche Aufgabenstellung eine Aktivierung des visuellen Cortex. Synästhetiker verfügen also über den „Luxus“ vermehrter intrazerebraler Verbindungen, die nicht unbedingt im Alltag benötigt werden. Dies ermöglicht besondere Wahrnehmungserlebnisse und überdurchschnittlich gute Gedächtnisleistungen.

### Psychotherapie affektiver Störungen

Der aktuelle Stand der empirischen Psychotherapieforschung zeigt die Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), Interpersoneller Therapie (IPT) sowie Short-Term Psychodynamic Psycho-

therapy (STPP) bei unipolaren Depressionen.

Deutlich geringere Evidenzen existieren laut Prof. M. Hautzinger, Tübingen, jedoch für Patienten mit stationär zu behandelnden Depressionen, mit rezidivierender depressiver Störung oder mit chronischen Depressionen. Der Vorteil der Psychotherapie bei diesen Störungen liegt möglicherweise in der besseren rezidivprophylaktischen Wirksamkeit.

Hollon et al. (2005) zeigten in einer Studie bei Patienten mit Major Depression, dass die KVT, verglichen mit Placebo- und Dauermedikation, zwölf Monate nach Remission und bei Ende der Interventionen im Follow-up signifikant überlegen war.

Neuere Konzepte der Psychotherapie affektiver Störungen tragen der Notwendigkeit der Anpassung an die oben genannten Störungsbilder Rechnung. So wurde das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)“ von J. P. McCullough speziell für chronisch de-

pressive Patienten als schulenübergreifender Ansatz entwickelt. Die vorliegenden Studien zur CBASP geben möglicherweise erste differenzielle Indikationshinweise für die Psychotherapie.

Chronisch depressive Patienten profitieren demnach von einer Kombinationsbehandlung aus CBASP und SSRI stärker als von der jeweiligen Monotherapie. Bei traumatisierten, chronisch Depressiven ist CBASP einem SSRI und bei nicht traumatisierten chronisch Depressiven eine SSRI der CBASP überlegen. Jarrett et al. (2001) sowie Bockting et al. (2005) konnten einen günstigen Einfluss von Psychotherapie auf den weiteren Verlauf remittierter rezidivierender Depressionen zeigen.

Interessante Neuentwicklungen stellen die „Well-Being-Therapy“ (WCBT) von Faber oder die „Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy“ (MBCT) dar, die den Lebensstil und eine Förderung von Wohlbefinden und Achtsamkeit als therapeutische Intervention integrieren, der Stellenwert dieser

Interventionsbereiche ist allerdings noch nicht geklärt.

In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurden Patienten mit Standardmethoden über einen Zeitraum von acht Monaten ergänzend mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm (CBMT) zur Rezidivprophylaxe in 16 Sitzungen behandelt. Die Vergleichsgruppe erhielt in gleichem Umfang eine manualisierte Psychoedukation.

Das CBMT-Programm, das Elemente zur Achtsamkeit, kognitive Interventionen, Lebensstiländerung, Erarbeitung von Alltagsstressoren und Realitätstestung enthält, erwies sich gegenüber der reinen Psychoedukation als überlegen. ■

Korrespondenzadresse:  
Dr. med. Dipl.-Psych. Reinhard J. Boerner  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CKQ  
Zentrum für integrative Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen (ZIDTA)  
Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH  
Goethestraße 10, 49610 Quakenbrück

## Die Angstbasisstörung

Der Organisator des Symposiums, Dr. med. Dipl.-Psych. R. J. Boerner, Quakenbrück, befasste sich bei seinem eigenen Vortrag mit dem Thema „Die Angstbasisstörung – Modell einer Integration von Neurowissenschaften und Psychotherapie“ und stellte ein neues theoretisches Konzept zum Verständnis pathologischer Ängste mit diagnostischen und therapeutischen Implikationen vor. Boerner arbeitete die psychologischen bzw. psychopathologischen, neurobiologischen, aber auch behandlungsrelevanten Gemeinsamkeiten aller Angststörungen heraus und betonte die Notwendigkeit, die derzeitige Klassifikation von Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV theoretisch, aber auch unter klinischen Aspekten kritisch zu hinterfragen. Das Modell des Angstbasis-syndroms differenziert eine ätiologische, syndromale und klassifikatorische Ebene. Bei der ätiologischen Ebene sind biologische sowie psychologische Faktoren und Konzepte (Lerntheorien, psychodynamische Modelle), persönlichkeitsstrukturelle sowie gesellschaftliche, soziale und kulturelle Faktoren zu benennen, die in unterschiedlicher Gewichtung zur Entstehung eines ängstlichen Syndroms führen.

Jede pathologische Angstform ist syndromal durch Störungen des Affekts (ängstliche Stimmung), des Verhaltens (Vermeidung), der Kognition (negative Bewertung körperlicher Parameter) sowie biologische Variablen beschrieben. Nach differenzialdiagnostischer Abklärung kann eine abschließende Diagnose einer Angststörung gestellt werden. Der heuristische sowie klinische Nutzen dieses syndromalen Konzepts wird dadurch deutlich, dass viele Angststörungen kosyndromale bzw. komorbide Muster aufweisen, eine störungsspezifische Ätiopathogenese bisher nicht nachgewiesen wurde und sich auch bei den Standards zur Pharmakotherapie und Psychotherapie keine wesentlichen Unterschiede des Vorgehens bei den einzelnen Angststörungen ergeben.

Für die Diagnostik wurden auf der Grundlage dieser Modelle zwei neue Verfahren vorgestellt: zum einen das Selbstratingverfahren DANDTE, welches das ängstliche Syndrom in seinen unterschiedlichen Facetten in deutlicher Abgrenzung zu depressiven Symptomen abbildet. Durch dieses Instrument wird die Früherkennung von Angsterkrankungen, insbesondere in der nicht fachärzt-

lichen Praxis, verbessert. Die Fremdratingskala BOEAS beansprucht dagegen im Vergleich zur Standard-Skala HAMA eine inhaltlich deutlich verbesserte Validität. Beide Skalen wurden in zum Teil sehr umfangreichen klinischen wie ambulanten Patientengruppen hinsichtlich ihrer psychometrischen Qualität validiert. Bei Angststörungen werden häufig psychotherapeutische und medikamentöse Therapieansätze als Gegensätze gegenübergestellt. Boerner erläuterte die Ideen zur möglichen Integration von Neurowissenschaften und Psychologie bzw. Psychotherapie von Kandell (2006) und Grawe (2004). Ein integratives Behandlungskonzept, das die verschiedenen Interventionen als zielgerichtet zur Therapie des ängstlichen Syndroms begreift, stellt die Therapie in einen gemeinsamen neurowissenschaftlichen Kontext. Danach wäre sowohl ein evidenzbasierter medikamentöser, aber auch psychotherapeutischer Ansatz grundsätzlich therapeutisch legitim, die übliche Kombination beider Verfahren theoretisch und klinisch keineswegs zwingend, sondern spezifischen Patientengruppen vorbehalten.

[red] ■