

Kongressbericht „Der Neurologe & Psychiater“ 2010 (zur Veröffentlichung angenommen)  
Autorin: Fr. Dr. Grübler, Hannover

### „Psychotherapieforschung und praktische Umsetzung“

5. Nordwestdeutscher Psychiatrie- und Psychotherapietag – Quakenbrücker  
Jahressymposium zur Psychologischen Medizin (NWPT), 17. April 2010

Veranstalter:

Zentrum für Psychologische und Psychosoziale Medizin/ Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück GmbH

*Zum fünften Mal fand in Quakenbrück der NWPT statt, der sich als wissenschaftlich  
hochkarätiges Weiterbildungssymposium über die Nord-West-Region hinaus etabliert hat.  
Sein Markenzeichen ist die Verbindung von Grundlagenforschung und klinischer Praxis bei  
psychischen Störungen.*

*Das Symposium stieß auch in diesem Jahr bei den über 100 Fachärzten und  
Fachpsychotherapeuten sowie Meinungsbildnern der Region auf eine sehr positive  
Resonanz.*

*Der 6. NWPT wird im Frühjahr 2011 stattfinden.*



**Abb.:** Referenten des 5. NWPT in Dinklage (v. links n. rechts):  
Prof. Dr. Franz Caspar, Prof. Dr. Klaus Wiedemann,  
Dr. med. Dipl. Psych. Reinhard J. Boerner, Prof. Dr. Stephan Herpertz

## *Gewichtszunahme als entscheidender Therapiemarker bei Anorexie*

Den Auftaktvortrag hielt Prof. Stephan Herpertz, Direktor der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Uniklinik Dortmund zum Thema „Therapie der Essstörungen – was wissen wir, was wissen wir nicht?“

Er wies zunächst darauf hin, dass die Anorexia nervosa multifaktorielle Ursachen hat und weder psychodynamische Erklärungsansätze (Fixierung auf die orale Entwicklungsphase, Versuch der Vermeidung der adoleszenten Ablösung) noch die familiendynamische Perspektive (überprotektive Mutter des magersüchtigen Kindes) das Krankheitsbild vollständig erfassen.

Kennzeichen der überwiegend bei Mädchen auftretenden Pubertätsmagersucht ist ein Gewichtsverlust oder eine fehlende Gewichtszunahme bei einem BMI von  $< 17,5 \text{ kg/m}^2$ , wobei der Gewichtsverlust durch Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel selbst herbeigeführt wird.

Die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest, oberhalb derer sie sich als zu dick empfinden. Die verzerrte Selbstwahrnehmung führt zu einer Körperschemastörung, die bei Chronifizierung nur noch schwer zu korrigieren ist.

Nur etwa der Hälfte der jungen Frauen wird nach einer Magersucht wieder normalgewichtig. Etwa 10 Prozent zeigen auch noch 20 Jahre nach Erstdiagnose das Vollbild der Anorexia nervosa, weitere 20 Prozent bleiben dauerhaft suchtgefährdet. „Bis zu 15 Prozent der Patienten sterben langfristig an der Magersucht oder ihren Folgen“, so Herpertz, „damit ist dies die psychiatrische Krankheit mit der höchsten Letalität“.

Da offenbar der frühe Krankheitsverlauf für die Prognose entscheidend ist, sollte möglichst rasch nach Diagnosestellung eine Gewichtszunahme oder zumindest -stabilisierung erreicht werden. In Ermangelung von S3-Leitlinien – eine solche wird aber voraussichtlich noch dieses Jahr vorgelegt werden – stützt sich die Therapie der Anorexia nervosa auf die Erfahrungen vornehmlich stationärer Therapieeinrichtungen mit verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren.

„Wie glauben zu wissen“, so Herpertz, „dass die Familientherapie der individuellen Psychotherapie bei jugendlichen Patienten und einer Magersucht-Anamnese von weniger als drei Jahren überlegen ist“. Bei erwachsenen Patienten sei dem gegenüber die Einzeltherapie wirksamer.

Ferner sei die kognitive Verhaltenstherapie nachweislich effektiver als eine reine Diätberatung.

„Ferner ist eine stationäre Psychotherapie mit Focus auf Essverhalten und Gewicht erfolgreicher als eine unspezifische Behandlung“, so Herpertz.

Eine spezifische Pharmakotherapie stehe nicht zur Verfügung, vereinzelt werde über gute Erfahrungen mit atypischen Antipsychotika berichtet, die gegen die wahnhaftige Angst vor Gewichtszunahme eingesetzt wurden.

Für erwachsene Anorexia-Patienten gebe es wenig Daten zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen, unklar sei auch, ob bei ihnen eine stationäre Therapie mehr Erfolg verspricht als eine ambulante Versorgung.

Die Dortmunder Klinik arbeitet mit einem gestuften Therapiekonzept, für das zunächst einmal die Patientin gewonnen werden muss, indem sie ihr Verhalten als Magersucht erkennt und in ein therapeutisches Arbeitsbündnis einwilligt.

„Anfangs ist die Gewichtszunahme das zentrale Anliegen, deswegen lassen wir die Patientinnen Esstagebücher führen und thematisieren immer wieder den Gewichtsverlauf“. Angestrebt wird eine langsame Gewichtszunahme mit zweimal wiegen pro Woche, erreicht wird dies durch klare Zielvorgaben der stationären Psychotherapie.

Da jedes Gramm mehr auf der Waage von der Patientin als Kontrollverlust empfunden wird, wird das Projekt Gewichtszunahme von den Patientinnen immer wieder in Frage gestellt – und bei fehlender Sanktionierung auch entsprechend oft abgebrochen. „Wir schließen deshalb mit der Betroffenen einen Behandlungsvertrag darüber ab, was der Zeiger auf der Waage nach vier Wochen anzeigen soll“, sagte Herpertz. „Wird das nicht erreicht, muss die Patientin die Klinik unter Umständen verlassen, denn ohne ihre Mitarbeit können wir ihr nicht helfen“. Mit dieser Konsequenz vor Augen steigt die Motivation der Patientin, von Anfang an oder auch nach kurzzeitiger Unterbrechung die Therapie anzunehmen.

### *Begrenzte Tauglichkeit der evidenzbasierten Psychotherapieforschung für die klinische Praxis*

Prof. Caspar, Lehrstuhlinhaber für klinische Psychologie an der Universität Bern und europaweit anerkannter Psychotherapieforschung befasste sich in seinem Vortrag mit der Praxisrelevanz psychotherapeutischer Forschung mit Schwerpunkt der Verhaltenstherapie.

Laut Caspar unterliegen mit der Etablierung randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen diese Therapieansätze nunmehr den gleichen Bewertungskriterien wie die Psychopharmakotherapie.

Allerdings werfen die RCT's eine Reihe von wichtigen methodischen Fragen auf, die von hoher Bedeutung für die Übertragbarkeit auf die klinische Alltagspraxis sind: Beispielsweise die Homogenität der gewählten Studiengruppen, ihrer Repräsentativität in Bezug auf die Studienergebnisse (Intent-to-Treat-Analyse vs. Per-Protocol-Analyse) und dem Einsatz kontextfreier Techniken.

„Da die Ergebnisse von RCT's oft die Grundlage für Leitlinien bzw. Manuale sind, ist auch deren Wertigkeit für den Praxisalltag kritisch zu hinterfragen“, so Caspar.

Salopp formuliert: Therapeuten, die sich blind auf Manuale verlassen, sind nicht zwangsläufig die besten. Vereinzelt gibt es sogar Hinweise, dass die Nicht-Befolgung von Handlungsempfehlungen dem Patienten sogar zu Gute kommt. Das ist nach Angaben von Caspar nur allzu verständlich, da sich viele Patienten nicht in starre Diagnose-Schemata pressen lassen und zudem mit einer einzelnen störungsspezifischen Intervention nicht ausreichend behandelt sind.

Folglich müssen mehrere Therapieansätze kombiniert werden, was derzeit mit der nötigen Evidenz nicht abgesichert ist.

Caspar betonte, dass er keineswegs die großen Erfolge der störungsspezifischen Ansätze in Frage stellen wolle, da mit diesem Weg die Therapieeffektivität, etwa bei der Borderline-Störung oder chronischer Depression erheblich verbessert worden sei.

Wolle man diesen Weg jedoch konsequent weiter beschreiten, müsse noch eine Vielzahl umfangreicher Manuale auf den Weg gebracht werden.

„Das ist extrem aufwändig und teuer, außerdem wird der einzelne Therapeut mit kaum mehr als zwei Manualen tatsächlich arbeiten können“, so Caspar.

Es finde deshalb wieder eine Rückbesinnung auf eine eher gröbere Einteilung der psychischen Störungen statt, die eine mehr modular aufgebaute Therapie ermöglicht.

## *Compliance in der Therapie psychotischer Patienten - Ein ungelöstes Problem*

Prof. Klaus Wiedemann vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf behandelte in seinem Referat praxisrelevante Probleme der medikamentösen Psychotherapie.

Der Therapieerfolg werde insbesondere durch mangelnde Compliance gefährdet.

Dass die Patienten von einer Langzeit-Therapie grundsätzlich profitieren, stehe außer Frage, so Wiedemann. „Bei einer Therapieunterbrechung steigt das Risiko für erneute stationäre Aufenthalte“. Auch treten dann vermehrt Rezidive auf, die zudem immer schlechter auf Pharmakotherapien ansprechen.

Hohe Non-Compliance-Raten sind aber nicht nur in der Therapie mit klassischen Antipsychotika ein Problem, sondern auch ein wichtiges Thema bei der Therapie mit modernen Medikamenten.

So verblieben in der naturalistisch angelegten USA CATIE-Studie nach einem Jahr nur noch 30 – 40% der Patienten unter Therapie mit atypischen Neuroleptika (Lieberman JA et al. NEJM 2005;353:1209–1223).

Dies konnte auch in den ebenfalls praxisnah angelegten Studien CAFE (Lieberman JA et al. Eur Neuropsychopharmacol 2005; Suppl 3: S525) und SOHO (Lambert M et al. J Clin Psychiatry 2006;67:1690-1697) festgestellt werden.

Einen Ausweg bietet nach Wiedemann möglicherweise die vermehrte Anwendung von Depot-Präparaten. Er verwies auf eine 2-Jahres-Studie, die gezeigt habe, dass das Rezidivrisiko bei Behandlung mit langwirksamem Risperidon nur halb so hoch ausfiel wie bei Verordnung eines oralen Atypikums.

Wichtige Merkmale zur Beurteilung der Medikamente aus klinischen Studien seien die Effektstärke und das Nebenwirkungsprofil (cave: Gewichtszunahme) der verschiedenen Antipsychotika.

Unterschiede in der Gewichtsentwicklung scheinen sich allerdings über die Zeit zu relativieren, so Wiedemann. Dies könne aus einer offenen Langzeitstudie (CAFE) entnommen werden, die für die Praxis von hohem Wert sei.

## *ADHS im Erwachsenenalter: Schwierige Diagnose, häufig nur mäßiger Therapieerfolg*

"Dr. med. Dipl. Psych. R.J. Boerner nahm als Gastgeber in seinem Vortrag zur ADHS im Erwachsenenalter Stellung und gab einen methoden- und inhaltskritischen Überblick zum Stand der Forschung.

Er wies auf die zum Teil erheblichen diagnostischen Schwierigkeiten hin.

Haupthindernis für die Diagnosestellung sei einerseits, dass die klinische Symptomatik sich zum Teil anders darstellt wie im Kindes- und Jugendalter, spezifische Diagnosekriterien im ICD-10 fehlen.

Hinzu kommt die ausgeprägte Komorbidität mit Manien, bipolaren- und Persönlichkeitsstörungen, die die Symptomatik maskieren kann.

Hinsichtlich der Verbreiterung ist ein abschließendes Urteil schwierig, möglicherweise sind die behaupteten epidemiologischen Zahlen zu hoch bewertet.

Viele ADHS-Patienten werden jedoch weiterhin nicht diagnostiziert.

Die Behandlung mit Psychostimulantien ist zentral, eine Alternative wäre das in Studien untersuchte Atomoxitin.

Die Datenlage für Antidepressiva oder andere Psychopharmaka ist eher unbefriedigend. Boerner wies darauf hin, dass die in klinischen Studien gezeigte Wirksamkeit unter Berücksichtigung des geringen Responsekriteriums von 30 % und des untypischen monosymptomatischen Bildes nicht hoch ist.

Strategien zur Augmentation sowie bei Therapienonrespondern fehlen bislang.

Die Verhaltenstherapie ist derzeit als einziges geprüftes psychotherapeutisches Verfahren in Ergänzung zur Pharmakotherapie möglich. Ziel ist hierbei die bessere Bewältigung der Erkrankung.

Die Datenlage aus Psychotherapiestudien ist allerdings noch eher mäßig."