

Fortschritte und Probleme der psychiatrischen Therapie

Prof. em. Dr. med. Daniel Hell

Privatklinik Hoheneegg, Meilen

Die Fortschritte in der Erforschung und Therapie psychischer Erkrankungen sind vielfältig. Was ansteht, ist eine forcierte interdisziplinäre Zusammenarbeit, um die komplexen Wechselwirkungen einzelner biologischer und psychosozialer Faktoren personenbezogen zu klären.

Zunehmende Herausforderungen

Die schlechte Nachricht zuerst: Die psychiatrischen Erkrankungen haben in den letzten zwei Jahrzehnten in Europa und den USA nicht abgenommen. In der Schweiz lag die Einjahresprävalenz einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik im Jahre 2012 wie im EU-Durchschnitt bei 6,6%. Sie stieg sogar noch etwas stärker als in der EU bis ins Jahr 2017 auf 8,1% an [1]. Im Verlauf der Corona-Pandemie nahm der Anteil der Personen mit schweren depressiven Symptomen nochmals zu. Im November 2021 wurde ein Höchstwert von 19% ermittelt.

Auch wenn diese Zahlen teilweise auf repräsentativen Befragungen und nicht auf klinischen Untersuchungen beruhen, verweisen sie auf einen belastungsabhängigen Anstieg der psychischen Problematik. Sie machen deutlich, dass der im «Decade of the Brain» erhoffte Durchbruch in der Prophylaxe und Behandlung depressiver und anderer psychischer Störungen bisher nicht eingetreten ist, auch wenn Fortschritte durchaus anzuführen sind. So haben die im «Jahrzehnt des Gehirns» entwickelten selektiven Antidepressiva bei ähnlicher Wirksamkeit bedeutend weniger unmittelbar spürbare Nebenwirkungen als die klassischen Antidepressiva. Ähnliches gilt von den neu entwickelten atypischen Neuroleptika, die neben der Therapie von Psychosen auch zur Depressions- und Angstbehandlung eingesetzt werden. Die gute Verträglichkeit und emotional distanzierende Wirkung der neueren Antidepressiva haben zu ihrer grossen Verbreitung beigetragen. Doch konnte auch der deutliche Anstieg von Behandlungen mit selektiven Antidepressiva das Auftreten ungünstiger Krankheitsverläufe nicht ausreichend verhindern. Gemäss mehrjährigen Verlaufsuntersuchungen blieb die vollständige Remission von depressiven Episoden bisher

relativ gering [2]. Auch hat sich die vor über 20 Jahren vom Marketing geförderte Hypothese, dass depressiven Episoden ein isolierter Mangel an Neurotransmittern wie Serotonin zu Grunde liegt, so nicht bestätigt. Zur Depressivität tragen neben körperlichen Erkrankungen vielfach Verlustsituationen, Erschöpfungszustände, tiefe Kränkungen und anderer Distress bei [3]. Dabei können Antidepressiva zwar das depressive Leiden – und auch Angstzustände, Zwänge und chronische Schmerzen – lindern, aber sie können die Krankheitsursache häufig nicht beheben. Zudem dürften positive Erwartungshaltungen und bestimmte Konditionierungen diese symptomatische Wirkung verstärken, sodass die Differenzierung zwischen antidepressivem Verum-Effekt und Placebo bei leichteren Depressionen schwerfällt. Dass aber damit die Depressionsproblematik nicht gelöst ist, zeigt sich in der Schweiz beispielsweise in der sehr starken Zunahme der Invaliditätsraten infolge depressiver Erkrankungen in den letzten Jahren [1].

Verbesserte Behandlungsleitlinien berücksichtigen die Komplexität psychischer Erkrankungen

Gezielte Behandlungsoptionen bedürfen einer Kenntnis der vorliegenden Symptome (Phänomenologie) und ihrer ursächlichen Zusammenhänge. Ihre manchmal zeitintensive Erfassung wird durch eine gute Arzt-Patienten-Beziehung erleichtert. Hilfreich sind aber auch Leitlinien, die den aktuellen Wissensstand widerspiegeln. Die aktuellen Leitlinien beruhen zwar noch wenig auf «personalisierten Daten», basieren aber immerhin auf differenzierten Gruppenvergleichen. Das hat zu wichtigen Neuerungen geführt. So wird zum Beispiel in den aktuellen Richtlinien Deutschlands (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothe-



Daniel Hell

rapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN]) und ähnlich in denen der Schweiz (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP]) neu festgehalten: «Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden» [4]. Damit wurde der «Reflex», gleich zu einem Antidepressivum zu greifen, wenn eine leichtere Depression vorliegt, auf Grund der Datenlage relativiert. Bei schwerer und akuter Depression sollte hingegen beides, Pharmakotherapie und Psychotherapie, zum Einsatz kommen. Dazu stehen heute auch spezifische psychotherapeutische Methoden zur Verfügung. Ebenfalls neu wurde eingeführt: «Spricht ein Patient nach angemessener Behandlungsdauer und -dosis sowie bestimmungsgemässer Einnahme nicht auf eine Antidepressiva-Medikation an, sollte der Plasmaspiegel des Medikaments kontrolliert werden» [4]. In naher Zukunft könnte auch eine pharmakogenomische Testung empfohlen werden, um die Wirkungs-dosis und die Nebenwirkungsrate von Antidepressiva und Neuroleptika individualisiert einschätzen zu können. Neu in die Richtlinien aufgenommen wurde auch die hochfrequente Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) für depressive Patientinnen und Patienten, die primär nicht auf eine antidepressive Pharmakotherapie angesprochen haben. In Zukunft könnte auch die Ketamin-Behandlung zumindest für Notfallsituationen Aufnahme finden. Die antidepressive Wirkung von Ketamin tritt sehr schnell ein, hält aber nicht lange an. Was die Behandlung von Panikstörungen/Agoraphobie betrifft, steht die Psychotherapie – und hier die Verhaltenstherapie – in den Leitlinien der DGPPN an erster Stelle, doch sollen auch Antidepressiva angeboten werden. Ähnliches gilt für die Zwangsstörungen. Auch in der Behandlung von an Schizophrenie Erkrankten nehmen psychosoziale Interventionen einen wichtigen Platz ein; neu ist auch das Home-Treatment mit multiprofessionellen Teams und der Einbezug von Betroffenen beispielsweise über die Empowerment- und Recovery-Bewegung. In pharmakologischer Hinsicht hat die Einführung atypischer Neuroleptika die Therapie von Psychosen in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert.

Aktuelle Entwicklungen und ihr zukünftiges Potential

In der Psychiatrie sind psychische Phänomene mit körperlichen Veränderungen zusammenzubringen, was ein Perspektiven- oder Kategorienwechsel voraussetzt. Trotz methodischer Schwierigkeiten kommt die psych-

iatrie Forschung nicht darum herum, sich der Mehrdimensionalität psychischer Störungen zu stellen. In den letzten zwei Jahrzehnten dominierte der neurobiologische Ansatz. Das wird sich in den nächsten Jahren kaum ändern. Doch ist dieser Ansatz interdisziplinär zu erweitern, um zum Beispiel Feedback-Mechanismen zwischen auslösenden Belastungen, genetischen Faktoren, Umwelteinflüssen und biographisch geprägten Einstellungen einer Person zu studieren, die eine Störung potentiell chronisch machen.

An der Multiprofessionalität zukünftiger Forschung halten auch psychiatrische Fachgesellschaften fest. Die Voraussetzungen dafür sind heute dank wissenschaftlicher Fortschritte besser geworden. Zudem ermöglicht die Digitalisierung heutzutage den Austausch von grossen, auch «personalisierten» (per Handy-Apps gewonnenen) Datenmengen und erleichtert eine engere Zusammenarbeit.

Schliesslich verändert die Digitalisierung respektive das Internet zunehmend die psychiatrische und psychotherapeutische Praxis. So hat die COVID-19-Pandemie bereits lang gehegte Widerstände gegen die Telepsychiatrie verringert. Neben den weiterhin berechtigten Bedenken bezüglich des Datenschutzes wurden auch die Vorteile von Zoom, Skype und Plattformen anderer Anbieter als Therapieinstrumente wahrgenommen: keine zeitraubenden Anfahrten, leichtere Notfallkontakte, Fortführung einer Therapie bei lokalen Abwesenheiten usw. Belege dafür, dass in einer Online-Psychotherapie stabile und positive Beziehungen zu einem Therapeuten aufgebaut werden können, wurden schon lange erbracht [5]. Das heisst aber nicht, dass diese Therapieform für alle Betroffenen und alle Therapeuten die richtige ist, fehlt doch dabei der direkte, sinnlich spürbare Kontakt. Die Digitalisierung wird zwar fortschreiten, doch sollte sie die Multidimensionalität fördern und nicht eingrenzen.

Disclosure statement

Der Autor hat deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur

- Schuler D, Tuch A, Peter C. Obsan Bericht 15/2020: Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2020. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); 2020.
- Verduijn J, Verhoeven JE, Milaneschi Y, Schoevers RA, van Hemert AM, Beekman ATF, et al. Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: full recovery is the exception rather than the rule. *BMC Med.* 2017;15:215.
- Hell D. Depression als Störung des Gleichgewichts. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2013.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) [Internet]. Berlin: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, c2021 [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://www.dgppn.de/leitlinien-publicationen/leitlinien.html>.
- Eichenberg C. Psychotherapie in der Coronakrise: Trendwende in der Online-Psychotherapie. *Dtsch Arztebl.* 2020 Jun;PP6:255.

Korrespondenz:
Prof. em. Dr. med.
Daniel Hell
Zürichstrasse 66
CH-8700 Küsnacht
[Daniel.hell\[at\]bluewin.ch](mailto:Daniel.hell[at]bluewin.ch)