

Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Angststörung, spezifische Phobien

Die Behandlung der Angst-erkrankungen: Kurzversion

Dieser Artikel beinhaltet die praxisorientierte Kurzversion der Behandlungsempfehlungen von Angsterkrankungen mit Fokus auf die Standardtherapien. Ausführlichere Informationen zu Wirksamkeitsnachweisen, neueren Therapieansätzen sowie Literaturverweise sind in der Langversion im Online-Appendix dieses Beitrags beschrieben.

Prof. Dr. med. Erich Seifritz^a; Dr. med. Josef Hättenschwiler^b; PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Michael Hemmeter^c; Prof. Dr. med. Guido Bondolfi^{d,e}; Prof. Dr. med. Martin Preisig^f; Dr. med. Stefan Rennhard^g; Prof. Dr. med. Martin Hatzinger^h; Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitzaⁱ; Prof. Dr. med. Annette B. Brühl^j; Prof. em. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler^k

^a Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; ^b Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich, Zürich; ^c Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum AR, Spitalverbund, Appenzell Ausserrhoden; ^d Service de liaison psychiatrique et d'intervention de crise, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève; ^e Facoltà di scienze biomediche, Università della Svizzera Italiana, Lugano; ^f Centre d'épidémiologie psychiatrique et de psychopathologie, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Prilly; ^g Ärztegemeinschaft Reussli, Niederglatt; ^h Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG, Solothurn und Olten; ⁱ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; ^j Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen & Zentrum für Alterspsychiatrie, Klinik für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel; ^k Universität Basel, Basel

Einleitung

Diese Behandlungsempfehlungen orientieren sich an der S3-Leitlinie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) für die Behandlung von Angststörungen und dem Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) zur

Behandlung von Angststörungen [1, 2]. Sie fassen den wissenschaftlichen Erkenntnisstand über evidenzbasierte Strategien zur Behandlung von Panikstörung, Agoraphobie, generalisierter Angststörung, sozialer Angststörung (sozialer Phobie) und spezifischen Phobien nach den Kriterien des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition» (DSM-5), der «International Classification of Diseases, 10th Revision» (ICD-10) und in den kommenden Jahren der ICD-11 zusammen [3, 4].

Angsterkrankungen haben oft chronischen Charakter und erfordern daher in der Regel eine längerfristige Behandlung. Ziel der Behandlung ist die Reduktion von Angstsymptomen, Vermeidungsverhalten und subjektivem Leiden sowie die Verbesserung oder Wiederherstellung der Lebensqualität, der sozialen Integration, der beruflichen Leistungsfähigkeit und der Selbstständigkeit im Alltag. Die Evidenzkategorie der Therapien wird in Stufen mit dazugehörigen Empfehlungsgraden angegeben, die sich nach der S3-Leitlinie für die Behandlung von Angststörungen richten und auf den Empfehlungen nach Eccles & Mason (2001) beruhen [5]. Die Bewertung der Wirk-

samkeit einer Intervention basiert in der Regel auf kontrollierten randomisierten klinischen Studien (RCTs), Metaanalysen und systematischen Reviews. Eine Auflistung relevanter Literaturverweise findet sich in der Langversion dieser Behandlungsempfehlungen (s. im Online-Appendix dieses Artikels).

Diese Behandlungsempfehlung wird in Abstimmung mit den relevanten internationalen Therapie-Leitlinien, insbesondere der S3-Leitlinien der AWMF, aktualisiert und die Langversion auf der Website der SGAD (www.sgad.ch), der SGPP (www.sgpp.ch), der SGBP (www.ssbp.ch) der SCAP (www.scapsy.ch) und der SGKJPP (www.sgkjpp.ch) publiziert. Die Befolgung oder Nichtbefolgung dieser Empfehlungen hat für Ärztinnen und Ärzte weder haftungsbefreiende noch haftungsbe gründende Wirkung.

Es handelt sich um ein Update der in dieser Zeitschrift 2011 publizierten Behandlungsempfehlungen [6].

Diagnostik

Jede Angststörung erfordert ein umfassendes klinisches Assessment mit ausführlicher Ana-

Die Artikel in der Rubrik «Richtlinien» geben nicht unbedingt die Ansicht der SMF-Redaktion wieder. Die Inhalte unterstehen der redaktionellen Verantwortung der unterzeichnenden Fachgesellschaft bzw. Arbeitsgruppe; vorliegend handelt es sich um die Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD), Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Swiss Society of Biological Psychiatry (SSBP), Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) sowie die Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP).

Tabelle 1: Angststörungen gemäss DSM-5, adaptiert nach [3]

DSM-5-Kategorien	Definition nach DSM-5	Dauer
Agoraphobie DSM-5 Code: 300.22 ICD-10 Code: F41.0 ICD-11 Code: 6B02	Ausgeprägte Furcht oder Angst in mindestens 2 der folgenden Situationen: 1. beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel 2. auf offenen Plätzen 3. in geschlossenen öffentlichen Räumen 4. beim Schlangestehen oder in einer Menschenmenge 5. allein ausser Haus	Anhaltend, typischerweise über 6 Monate oder länger
Panikstörung DSM-5 Code: 300.01 ICD-10 Code: F40.0 ICD-11 Code: 6B01	Wiederholte unerwartete Panikattacken	Bei mindestens 1 der Attacken folgt 1 Monat oder länger mit mindestens 1 der folgenden Symptome: 1. anhaltende Besorgnis oder Sorgen über das Auftreten weiterer Panikattacken oder ihre Konsequenzen 2. eine deutlich fehlangepasste Verhaltensänderung infolge der Attacken (Vermeidung)
Soziale Angststörung (soziale Phobie) DSM-5 Code: 300.23 ICD-10 Code: F40.10 ICD-11 Code: 6B04	Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte	Anhaltend, typischerweise über 6 Monate oder länger
Spezifische Phobie DSM-5 Code: 300.29 ICD-10 Code: F40.2 ICD-11 Code: 6B03	Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer spezifischen Situation	Anhaltend, typischerweise über 6 Monate oder länger
Generalisierte Angststörung DSM-5 Code: 300.02 ICD-10 Code: F41.1 ICD-11 Code: 6B00	Übermässige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten	Während mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage
Störung mit Trennungsangst DSM-5 Code: 309.21 ICD-10 Code: F93.0 ICD-11 Code: 6B05	Eine dem Entwicklungsstand unangemessene und übermässige Furcht oder Angst vor der Trennung von Bezugspersonen	Bei Erwachsenen: über 6 Monate oder länger Bei Kindern und Jugendlichen: mindestens über 4 Wochen
Selektiver Mutismus DSM-5 Code: 312.23 ICD-10 Code: F94.0 ICD-11 Code: 6B06	Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen, in denen das Sprechen erwartet wird (z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen gesprochen wird	Mindestens 1 Monat

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; ICD-10/-11: International Classification of Diseases, 10th/11th Revision.

mnese der Symptomatik und Diagnostik inklusive strukturierter Interviews, Symptom-Rating-Skalen sowie Selbst- und Fremdeinschätzungen. Zudem sollten ein körperlicher Status mit Labor- und apparativer Untersuchung einschliesslich Elektrokardiogramm (EKG) und gegebenenfalls Elektroenzephalogramm (EEG) und Bildgebung, auch zur Erfassung komorbider Störungen, sowie eine Differentialdiagnostik erfolgen. Die Einteilung der Angststörungen gemäss ICD-10 und DSM-5 ist in Tabelle 1 aufgeführt. Hilfreiche Screeningfragen zur Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen finden sich in der Langversion dieser Behandlungsempfehlungen (s. im Online-Appendix des Artikels).

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Therapie von Angststörungen hat einen hohen Stellenwert, insbesondere bei mittelschwerer bis schwerer Symptomatik und Beeinträchtigung, auf

Wunsch des Patienten respektive der Patientin auch bei leichteren Fällen. Die Psychopharmakotherapie sollte Teil einer multimodalen Behandlung sein, die auch psychoedukative und psychotherapeutische Aspekte umfasst. Die Kombination von Psychotherapie mit Psychopharmaka erwies sich der jeweiligen Monotherapie in einigen Studien als überlegen. Für einige Angststörungen existieren Wirksamkeitsvergleiche zwischen Psycho- und Pharmakotherapien (s. Langversion im Online-Appendix des Artikels).

Der individuelle Therapieplan sollte unter anderem Begleiterkrankungen, frühere Behandlungsversuche und Schweregrad der Erkrankung berücksichtigen. Die medikamentöse Behandlung sollte nach Eintritt der Remission noch 6–12 Monate fortgeführt werden. Im Einzelfall hängt dies aber von individuellen Faktoren ab und kann deutlich kürzer oder länger notwendig sein. Bei schwerer Angstsymptomatik mit starker Unruhe («Angst-Notfall») kann kurzzeitig (Tage bis maximal 3–4 Wochen) ein adäquat

dosiertes Benzodiazepin zum Einsatz kommen. Für die mittel- und langfristige Behandlung von Angststörungen sind neuere Antidepressiva die Medikamente der ersten Wahl, vor allem aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils. Sie bergen keine Abhängigkeitsgefahr, jedoch kann es nach längerer Anwendung und abruptem Absetzen zu einem Absetzsyndrom kommen, sodass sie über Wochen bis gegebenenfalls Monate ausgeschlichen werden sollten. Patienten und Patientinnen sollten über den verzögerten Wirkungseintritt aufgeklärt werden. Die Empfehlungen für die medikamentöse Behandlung von Angststörungen sind in Tabelle 2 aufgeführt, die sich auf Wirkstoffe mit der Indikation Angststörung beschränkt.

In der Langversion (s. Online-Appendix des Artikels) dieser Behandlungsempfehlung wird ein Überblick über Medikamente gegeben, die Wirksamkeit im Rahmen von klinischen Studien zeigten, deren Datenlage derzeit jedoch noch nicht ausreichend für eine Zulassung für die Behandlung von Angststörungen

Tabelle 2: Empfehlungen für die medikamentöse Behandlung von Angsterkrankungen

Diagnose	Substanzklasse	Beispiele	Evidenzkategorie/ Empfehlungsgrad	Empfohlene Tagesdosis für Erwachsene in der Schweiz	
Panikstörung und Agoraphobie	<i>Bei starker akuter Angst (Panikattacken):</i>				
	Benzodiazepine	z.B. Lorazepam	Expertenkonsens/KKP	1–2,5 mg	
	<i>Erhaltungstherapie:</i>				
	SSRI	Citalopram		la/A+	20–40 mg
		Escitalopram			10–20 mg
		Paroxetin			20–40 mg
		Sertralin			50–200 mg
	SNRI	Venlafaxin			75–225 mg
	<i>Wenn SSRI und SNRI nicht wirksam waren oder nicht toleriert wurden:</i>				
	TZA	Clomipramin		la/B+	75–250 mg
Generalisierte Angststörung	SSRI	Escitalopram		la/A+	10–20 mg
		Paroxetin			20–50 mg
	SNRI	Duloxetin			60–120 mg
		Venlafaxin			75–225 mg
	MASSA	Agomelatin		la/A+	25–50 mg
	Kalziummodulator	Pregabalin		la/B+	150–600 mg
Soziale Angststörung (soziale Phobie)	SSRI	Escitalopram		la/A+	10–20 mg
		Paroxetin			20–50 mg
		Sertralin			25–200 mg
	SNRI	Venlafaxin			75–225 mg
	<i>Wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht wirksam waren oder nicht toleriert wurden:</i>				
	RIMA	Moclobemid		Expertenkonsens/KKP+	300–600 mg

Die Wirkstoffe sind in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Die Evidenzkategorien basieren auf der Wirksamkeit der Medikamente ohne Berücksichtigung anderer Eigenschaften wie z.B. Nebenwirkungen. Die Empfehlungsgrade beziehen auch zusätzliche Faktoren der klinischen Beurteilung mit ein. Im Einzelfall kann nur die fachärztliche Untersuchung und Beratung zur Wahl des geeigneten Medikamentes führen.

SSRI: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; SNRI: selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; TZA: trizyklische Antidepressiva; MASSA: Melatoninrezeptoragonist; RIMA: reversibler Inhibitor der Monoaminoxidase A.

la = Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
 Empfehlungsgrad A+ = «soll»-Empfehlung
 Empfehlungsgrad B+ = «sollte»-Empfehlung
 KKP+ = klinischer Konsenspunkt

im eigentlichen Sinne ist. Dazu gehören unter anderem Quetiapin, Hydroxyzin, Mirtazapin, Reboxetin, Vortioxetin und Ketamin. In der Langversion wird auch der Stellenwert des Lavendelölextrakts Silexan® beschrieben, das in der Schweiz für die Indikation «Ängstlichkeit und Unruhe» zugelassen ist.

Massnahmen bei Nichtansprechen auf eine Pharmakotherapie

Es gibt keine allgemein verbindliche Definition des Begriffs der Therapieresistenz bei

Angststörungen. Eine geläufige Definition bei Depressionen beschreibt Therapieresistenz als den Zustand, in dem zwei Standard-Antidepressiva mit ausreichender Dosierung und Behandlungsdauer nicht oder nicht genügend wirksam waren. Bevor Patienten und Patientinnen als therapieresistent eingestuft werden, sollte Folgendes sichergestellt werden: korrekte Diagnose, zuverlässige Einnahme der Medikamente (Spiegelkontrollen), Dosis im therapeutischen Bereich, ausreichende Behandlungsdauer sowie adäquate Psychothera-

pie. Eine Beurteilung der Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie sollte nach etwa 4–6 Wochen erfolgen. Eine Orientierung für das Vorgehen bei Nichtansprechen auf eine medikamentöse Behandlung liefert Tabelle 3.

Psychotherapie und andere nicht-medikamentöse Massnahmen Psychotherapie

Die SGPP erkennt grundsätzlich folgende wissenschaftlich begründete Psychotherapie-

Tabelle 3: Stufenplan der medikamentösen Alternativen bei Nichtansprechen oder Unverträglichkeit eines Medikaments in der Behandlung von Angststörungen

Stufe	Vorgehen
Wechsel von einem Standardmedikament zu einem anderen	Wechsel von einem SSRI auf einen anderen SSRI Wechsel von SSRI auf SNRI oder umgekehrt Wechsel auf TZA Wechsel auf Pregabalin (nur bei generalisierter Angststörung)
Wechsel zu Nicht-Standardmedikamenten	
Wechsel auf Medikamente, die bei anderen Angststörungen zugelassen sind.	Wechsel auf Pregabalin Wechsel auf Moclobemid, Hydroxyzin Wechsel auf Benzodiazepine (bei entsprechender Indikation)
Wechsel auf Medikamente, die nicht für Angststörungen zugelassen sind, aber in RCTs Wirksamkeit gezeigt haben.	Panikstörung/Agoraphobie: Mirtazapin, Quetiapin Generalisierte Angststörung: Agomelatin, Quetiapin, Opi Pramol. Bei Therapieresistenz: Zugabe von Risperidon oder Olanzapin zum Antidepressivum. Soziale Angststörung: Mirtazapin, Gabapentin, Pregabalin, Olanzapin
Wechsel auf Medikamente/Kombinationen, die in offenen Studien Wirksamkeit gezeigt haben.	Panikstörung: Kombination von SSRI und TZA, Olanzapin-Monotherapie, Kombination eines SSRI mit Olanzapin oder TZA, Kombination von Valproat und Clonazepam. Bei Therapieresistenz waren Olanzapin, zusätzliche Gabe von Fluoxetin zu einem TZA, Zugabe eines TZA zu Fluoxetin und die Zugabe von Olanzapin zu einem SSRI in offenen Studien wirksam.

SSRI: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; SNRI: selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; TZA: trizyklische Antidepressiva; RCT: randomisierte kontrollierte Studien.

methoden an: kognitive Verhaltenstherapie (KVT), psychodynamisch orientierte Therapie sowie systemische Therapie. Die Entscheidung für eine spezifische psychotherapeutische Behandlung hängt von verschiedenen Faktoren ab, insbesondere auch von der Präferenz der Patientinnen und Patienten. Die Empfehlungen für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Ergänzende Massnahmen

Psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen können durch ergänzende Angebote unterstützt werden, wobei Wirksamkeitsnachweise aus RCTs für diese Massnahmen fehlen. In der klinischen Praxis haben sich ergotherapeutische Ansätze, Entspannungsverfahren, körperliche Aktivitäten (Sport), psychoedukative Angebote, Selbsthilfegruppen sowie der Einbezug von Angehörigen etabliert. Eine wichtige Unterstützung können auch Informationsmaterialien zur Selbsthilfe (Selbsthilfeliteratur, z.B. www.sgad.ch) sein.

Behandlung von Angsterkrankungen in speziellen Lebensphasen Kinder und Jugendliche

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere die Trennungsangst, die Vorläufer von späteren Panikstörungen sein kann [7]. In allen kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien wird die altersgerechte Partizipation des Kindes be-

ziehungsweise des oder der Jugendlichen hervorgehoben, inklusive einer altersgerechten Erklärung der Störung und der Behandlungsmöglichkeiten. Hinsichtlich psychotherapeutischer Ansätze zeigt die KVT sehr hohe Effektivität und die beste Evidenz [8]. Für andere psychotherapeutische Verfahren kann keine evidenzbasierte Empfehlung gegeben werden. Wenn die alleinige Psychotherapie nicht wirksam ist oder nicht eingesetzt werden kann, ist eine Kombination oder alleinige Medikation möglich. Hier sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) die erste Wahl und werden für alle Angststörungen empfohlen ausser für spezifische Phobien. Das Monitoring sollte vor allem bei Behandlungsbeginn sehr engmaschig erfolgen, da bei der Behandlung von unter 25-jährigen Personen mit Depressionen mit SSRIs Reizbarkeit, Erregung und suizidale Gedanken gehäuft beobachtet wurden. In der Schweiz sind nur Sertralin und Fluvoxamin für Behandlungen im Kindes- und Jugendalter zugelassen, jedoch mit der Indikation Zwangsstörung. Auch die Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin und Duloxetin können als Mittel der zweiten Wahl und als Add-on zur Psychotherapie eingesetzt werden [9]. Zu berücksichtigen ist, dass die Nebenwirkungsprofile der beiden Wirkstoffe im Kindes- und Jugendalter etwas ungünstiger ausfallen [10]. Andere Wirkstoffe können derzeit aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder eines ungünstigeren Wirkungs-/Nebenwirkungsspektrums nicht empfohlen werden. Eine Medikation sollte immer im Rahmen

einer multimodalen Behandlung erfolgen. Ausführlichere Angaben zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen finden sich in der Langversion im Online-Appendix dieses Artikels sowie in der «Practice Guideline» (2020) der American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP).

Ältere Patientinnen und Patienten

Bei älteren Menschen ist die Berücksichtigung des Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils besonders wichtig, speziell die erhöhte Empfindlichkeit im Hinblick auf anticholinerge Eigenschaften (z.B. bei trizyklischen Antidepressiva [TZA] oder bestimmten SSRI, wie z.B. Paroxetin), extrapyramidale Symptome, erhöhtes Risiko für orthostatische Hypotonie, Stürze, EKG-Veränderungen und seltene paradoxe Reaktionen auf Benzodiazepine, während (andere) SSRI und Moclobemid sicher erscheinen. Bei der Verordnung von SSRI/SNRI ist jedoch das mögliche Risiko eines Syndroms der inadäquaten ADH-(antidiuretisches Hormon)-Sekretion mit Hyponatriämie (SIADH) zu berücksichtigen. Physiologische Prozesse führen im Alter zu Veränderungen bei der Metabolisierung und Pharmakokinetik der Medikamente, daher gilt der Grundsatz «start low, go slow» bei der Ein- und Aufdosierung einer Substanz. Genaue Bewertungen zur Anwendung einzelner Substanzen im Alter finden sich in den Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie [11].

Tabelle 4: Empfehlungen für die Psychotherapie der Angsterkrankungen

Diagnose	Therapieform	Evidenzkategorie/Empfehlung
Panikstörung und Agoraphobie sowie Generalisierte Angststörung	KVT	Ia/A+
	Wenn die KVT nicht wirksam war, nicht verfügbar ist oder bei Patientenpräferenz:	
	Psychodynamische Psychotherapie	Ila/B+
	Zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als begleitende Massnahme:	
	KVT-basierte Internetintervention	KKP+
Soziale Angststörung (soziale Phobie)	KVT	Ia/A+
	Wenn die KVT nicht wirksam war, nicht verfügbar ist oder bei Patientenpräferenz:	
	Psychodynamische Psychotherapie	Ib/B+
	Wenn die psychodynamische Psychotherapie nicht wirksam war, nicht verfügbar ist oder bei Patientenpräferenz:	
	Systemische Therapie	KKP+
	Zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als begleitende Massnahme:	
	KVT-basierte Internetintervention	KKP+
	Virtuelle-Realität-Exposition als Begleitung zu einer Standardpsychotherapie	KKP+
Spezifische Phobie	KVT/Expositionstherapie	Ia/A+
	Wenn eine In-vivo-Exposition nicht verfügbar:	
	Virtuelle-Realität-Expositionstherapie	KKP+

KVT: kognitive Verhaltenstherapie

Ia = Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
 Ila = Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
 Empfehlungsgrad A+ = «soll»-Empfehlung
 Empfehlungsgrad B+ = «sollte»-Empfehlung
 KKP+ = klinischer Konsenspunkt

Schwangerschaft und Stillzeit

Für die Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft und während der Stillzeit empfiehlt sich die Konsultation einer aktualisierten Online-Datenbank, zum Beispiel www.swisstis.ch (Swiss Teratogen Information Service) oder www.embryotox.de, und eine strenge Indikationsstellung sowie eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung. Der Mehrzahl der Übersichtsarbeiten zufolge stellen SSRI und TZA in der Schwangerschaft kein erhöhtes Risiko für das Kind dar, obwohl selten geringfügige Anomalien, Frühgeburten und neonatale Komplikationen berichtet wurden. Ein Zusammenhang zwischen intrauterinem Tod und grösseren fetalen Missbildungen infolge einer SSRI- oder TZA-Einnahme wurde nicht festgestellt. Es ist zu beachten, dass unbehandelte psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft mit einem höheren Risiko für Frühgeburtslichkeit und Mangelgeburt einhergehen.

Eine Metaanalyse stuft Antidepressiva als relativ sicher ein, wobei Bedenken bezüglich

eines erhöhten Risikos für Frühgeburten, Anpassungsstörungen der Neugeborenen und ausserdem Missbildungen mit Paroxetin bestehen bleiben [12]. Für einen vermuteten Zusammenhang zwischen der Anwendung von Benzodiazepinen und kongenitalen Missbildungen gibt es keine konsistenten Befunde. Die Daten deuten darauf hin, dass Diazepam oder Chlordiazepoxid während der Schwangerschaft verhältnismässig sicher sind, während Alprazolam vermieden werden sollte [13].

Wie Benzodiazepine gehen auch SSRI und TZA in geringer Konzentration in die Muttermilch über, daher ist bei längerer Anwendung das Abstillen zu erwägen, wobei bei Benzodiazepinen speziell Entzugssymptome beim Neugeborenen zu beachten sind. Das Antikonvulsivum Valproat ist aufgrund seiner potentiellen Teratogenität für psychische Erkrankungen absolut kontraindiziert bei Frauen im gebärfähigen Alter. Restriktive Ausnahmen sind im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz aufgeführt.

Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen

Das Risiko einer psychischen Folgeerkrankung ist bei der generalisierten Angststörung und der Panikstörung besonders ausgeprägt. Hier sind insbesondere Depressionen, somatoforme Störungen, Alkoholabhängigkeit oder eine andere Angsterkrankung zu nennen. Neben der oft auffälligeren komorbiden Störung muss auch die zugrunde liegende Angsterkrankung suffizient therapiert werden. Nicht selten werden die schwächer ausgeprägten Symptome einer der beiden Krankheiten übersehen und demzufolge nicht ausreichend mitbehandelt. Insbesondere soll bei komorbider Depression eine antidepressive Therapie erfolgen. Eine unerkannte oder unzureichend behandelte Angsterkrankung kann zu einem Wiederauftreten der Symptomatik oder einer scheinbaren Therapieresistenz führen, zum Beispiel bei komorbider Depression. Der Krankheitsverlauf ist insgesamt weniger günstig und das Suizidrisiko höher.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
 Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Postfach 1931
 Lenggstrasse 31
 CH-8032 Zürich
 erich.seifritz[at]bli.uzh.ch

Verdankung

Wir danken em. Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Borwin Bandelow, Göttingen, und em. O. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper, Wien, für die kritische Durchsicht und wertvollen Kommentare.

Funding Statement

MP: Non-restricted Research Grants vom Schweizerischen Nationalfonds, Swiss Personalized Health Network, schweizerischen Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation und von der Fondation Campus Biotech Geneva. SW: Grants von Horizon Europe, dem Schweizerischen Nationalfonds, der Heuberg Foundation, des University Medical Center Groningen (UMCG), der Uniscientia Foundation, Gesundheitsförderung Schweiz, dem schweizerischen Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation und der Universität Genf, der UZH Foundation & Erika Schwarz Foundation, der Vontobel Foundation, der Ebnet Foundation, Oxford-Brain @McGill-ZNZ Partnership in the Neurosciences, COST (European Cooperation in Science and Technology), dem Gertrud Thalmann Fonds, dem University Medical Center Utrecht & Stanley Medical Research Institute, dem schweizerischen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und der Olga Mayenfisch Foundation. ABB: Grants (Zahlung an die Institution) des Gertrud Thalmann Fonds.

Conflict of Interest Statement

Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD): alle Autorinnen und Autoren.
 Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): ES, ABB.
 Swiss Society of Biological Psychiatry (SSBP): MH, ABB.
 Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP): SW.
 Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP): EST, MH, ABB.
 Die Erstellung dieser schweizerischen Behandlungsempfehlungen wurde von keiner kommerziellen Organisation finanziell unterstützt.
 ES: Beraterhonorare von Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, OM Pharma, Vortragshonorare von Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Recordati, Boehringer Ingelheim, Zeller Pharma, Honorare für Expertengutachten von Janssen Pharma, Lundbeck Pharma, Reisekostenunterstützung von Schwabe Pharma, Honorare für die Teilnahme an Data Safety Monitoring oder Advisory Boards von Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Boehringer Ingelheim – sämtliche Zahlungen an ES; Aktien/-optionen von Abcellera Canada. JH: Honorare für Beratungen und Expertengutachten von OM Pharma, Reisekostenunterstützung von Schwabe Pharma – sämtliche Zahlungen an die Institution; Aktien/-optionen von Idorsia und Abcellera. UMH: Beraterhonorare von Lundbeck Pharma, OM Pharma, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Zeller AG, Vortragshonorare und Reisekostenunterstützung von OM Pharma und Schwabe Pharma, Honorare für die Teilnahme an Data Safety Monitoring oder Advisory Boards von Janssen Pharma und Schwabe Pharma. GB: Honorare von Lundbeck für Vorträge und die Teilnahme an Data Safety Monitoring oder Advisory Boards – sämtliche Zahlungen an die Institution (Hôpital universitaire de Genève). MH: Beraterhonorare (Advisory Boards) von Idorsia Pharmaceuticals Ltd, Vortragshonorare von Schwabe AG. SW: Täntiem von Thieme, Hogrefe, Kohlhammer, Springer, Beltz, Vor-

tragshonorare von Education Weiterbildungsverein Deutschschweizer Kliniken und Takeda Pharmaceuticals International – sämtliche Zahlungen an SW. ABB: Beraterhonorare von Janssen-Cilag AG, Vortragshonorare von Janssen-Cilag AG, Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Gruppe Schweiz, OM Pharma, Honorare für Expertengutachten, Honorare für die Teilnahme an Data Safety Monitoring oder Advisory Boards von Janssen-Cilag AG – sämtliche Zahlungen an die Institution. SR und EHT haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Author Contributions

JH: Prozessverantwortlicher Überarbeitung der Empfehlungen für die Behandlung von Angststörungen. Drafterstellung, Diskussion und Umsetzung Vernehmlassungskommentare, Erstellung Kurzversion. ABB, GB, JH, MH, UMH, EHT, MP, SR, ES, SW: Überarbeitung Version Vernehmlassung, Diskussion der Empfehlungen, Finalisierung. UMH: Bearbeitung Teil «Ältere Patientinnen und Patienten». SW: Erarbeitung Teil «Kinder und Jugendliche», Vernehmlassungsprozess SGKJPP. ES: Vernehmlassungsprozess mit weiteren Fachgesellschaften. GB: Überarbeitung Version in Französisch.

Literatur

Die vollständige Liste der Referenzen ist in der Langversion im Online-Appendix des Artikels aufgeführt.

- Bandelow B, Aden I, Alpers GW, Benecke A, Benecke C, Decker J, et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). 2021.
- Kasper S, Sachs G, Kapfhammer HP, Bach M, Baldinger-Melich P, Conca A, et al., Angststörungen. Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2018. *Clinicum neuropsych.* 2018; Sonderausgabe 2018; Sonderausgabe 2018, 2018.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA; 2013.
- Graubner B. ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Revision-German Modification Version 2014. Deutscher Ärzteverlag; 2013.
- Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. 2001;5(16):1–69.
- Keck ME, Ropohl A, Rufer M, Hemmeter UM, Bondolfi G, Preisig M, et al. Die Behandlung der Angststörungen – Teil 1: Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien. *Swiss Med Forum.* 2011;11(34):558–66.
- Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(7):52.
- Correll CU, Cortese S, Croatto G, Monaco F, Krinitzki D, Arrondo G, et al., Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry.* 2021;20(2):244–75.
- Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(10):1107–24.
- Solmi M, Farnaro M, Ostinelli EG, Zangani C, Croatto G, Monaco F, et al. Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry.* 2020;19(2):214–32.
- Hatzinger M, Hemmeter U, Hirsbrunner T, Holsboer-Trachsler E, Leyhe T, Mall JF, et al. Empfehlungen für

Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Praxis (Bern 1994). 2018;107(3):127–44.
 12 Udechuku A, Nguyen T, Hill R, Szego K. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(11):978–96.
 13 Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatr Serv.* 2002;53(1):39–49.



Der Online-Appendix ist verfügbar unter:
<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1398963534>.