

Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie
Workshop 09./10. Juni 2023

Zwangsstörungen und verwandte Störungen

Prof. Dr. Michael Rufer
michael.rufer@triaplus.ch

Kurshandout Teil 4

- 1 Wirkt Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen? Ist sie die erste Wahl?
Wann wird die Pharmakotherapie als Monotherapie empfohlen?**
- 2 Sollte eine KVT mit einer Pharmakotherapie kombiniert werden
(und vice versa)?
Kann eine zusätzliche Medikation Nachteile für die KVT haben
(und vice versa)? Welche? Vorbeugung?**
- 3 Welche Medikamente sind erste Wahl? Welche sind zweite Wahl?
Welche wirken nicht?
Gibt es Indikationen für Benzodiazepine / Neuroleptika?
Was tun, wenn die Medikation nicht wirkt?**
- 4 Wann sollten Medikamente wieder abgesetzt werden («Stop wisely»)?
Wie sollten Medikamente wieder abgesetzt werden?**

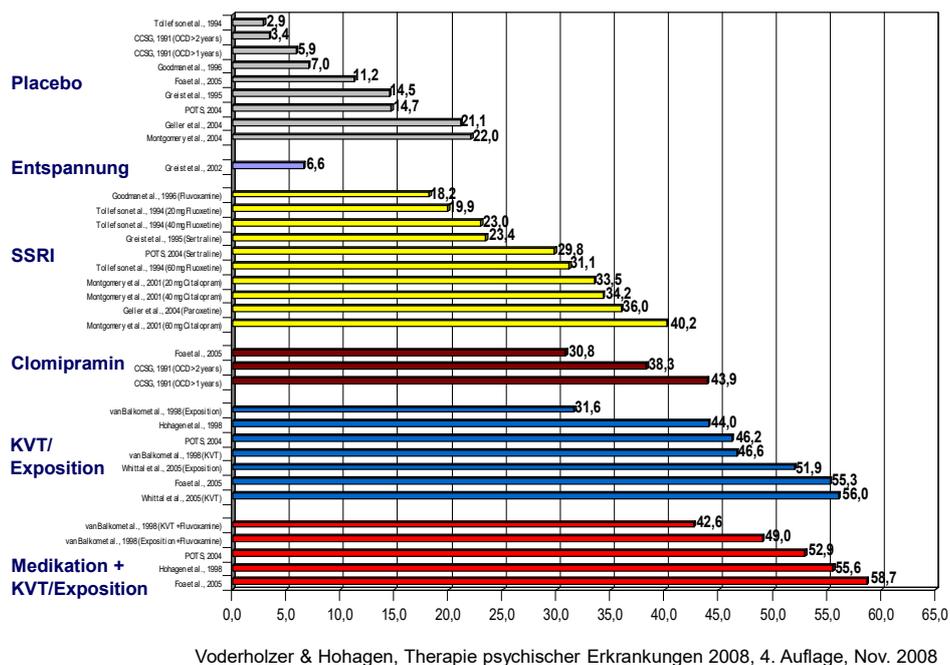


- 1 Wirkt Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen? Ist sie die erste Wahl?
Wann wird die Pharmakotherapie als Monotherapie empfohlen?**
- 2 Sollte eine KVT mit einer Pharmakotherapie kombiniert werden
(und vice versa)?
Kann eine zusätzliche Medikation Nachteile für die KVT haben
(und vice versa)? Welche? Vorbeugung?
- 3 Welche Medikamente sind erste Wahl? Welche sind zweite Wahl?
Welche wirken nicht?
Gibt es Indikationen für Benzodiazepine / Neuroleptika?
Was tun, wenn die Medikation nicht wirkt?
- 4 Wann sollten Medikamente wieder abgesetzt werden («Stop wisely»)?
Wie sollten Medikamente wieder abgesetzt werden?

Eine Monotherapie mit Medikamenten (ohne KVT) ist indiziert, wenn ...

- ... eine KVT abgelehnt wird
- ... eine KVT wegen der Schwere der Symptomatik nicht durchgeführt werden kann
- ... hierdurch die Motivation für eine KVT erhöht werden kann
- ... keine KVT zur Verfügung steht

- 1 Wirkt Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen? Ist sie die erste Wahl?
Wann wird die Pharmakotherapie als Monotherapie empfohlen?
- 2 Sollte eine KVT mit einer Pharmakotherapie kombiniert werden (und vice versa)?
Kann eine zusätzliche Medikation Nachteile für die KVT haben (und vice versa)? Welche? Vorbeugung?
- 3 Welche Medikamente sind erste Wahl? Welche sind zweite Wahl?
Welche wirken nicht?
Gibt es Indikationen für Benzodiazepine / Neuroleptika?
Was tun, wenn die Medikation nicht wirkt?
- 4 Wann sollten Medikamente wieder abgesetzt werden («Stop wisely»)?
Wie sollten Medikamente wieder abgesetzt werden?



Empfehlungen bzgl. Kombinationstherapie

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**
 - Alleinige KVT mit Exposition Behandlung der ersten Wahl
 - Bei komorbider, mind. mittelgradiger Depression oder für schnelleren Wirkungseintritt **kann** KVT mit Medikation kombiniert werden
- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer**
 - Medikation **soll** mit KVT kombiniert werden
 - Monotherapie nur, wenn KVT abgelehnt wird / nicht durchführbar ist oder dadurch die Bereitschaft für eine KVT erhöht werden kann

Mögliche weitere Indikationen für die Kombinationstherapie in der Praxissituation

- Motivation / Präferenz des Patienten (Störungsmodell)
- Frühere Therapieerfolge / -misserfolge

Mögliche negative Effekte einer zusätzlichen Medikation für die kognitive Verhaltenstherapie

- Leidensdruck ↓ => Veränderungsmotivation ↓
- Passive Erwartungshaltung ↑ => Psychotherapiemotivation ↓
- Attribution von Psychotherapieerfolgen auf Medikation => Selbstwirksamkeit ↓
Generalisierung der Erfolge ↓
- Patient fühlt sich entwertet / abgeschoben, da Psychotherapie nicht ausreicht
=> therapeutische Beziehung ↓
- Nebenwirkungen der Medikation => Therapie-Compliance ↓ Gewinn an Lebensqualität ↓

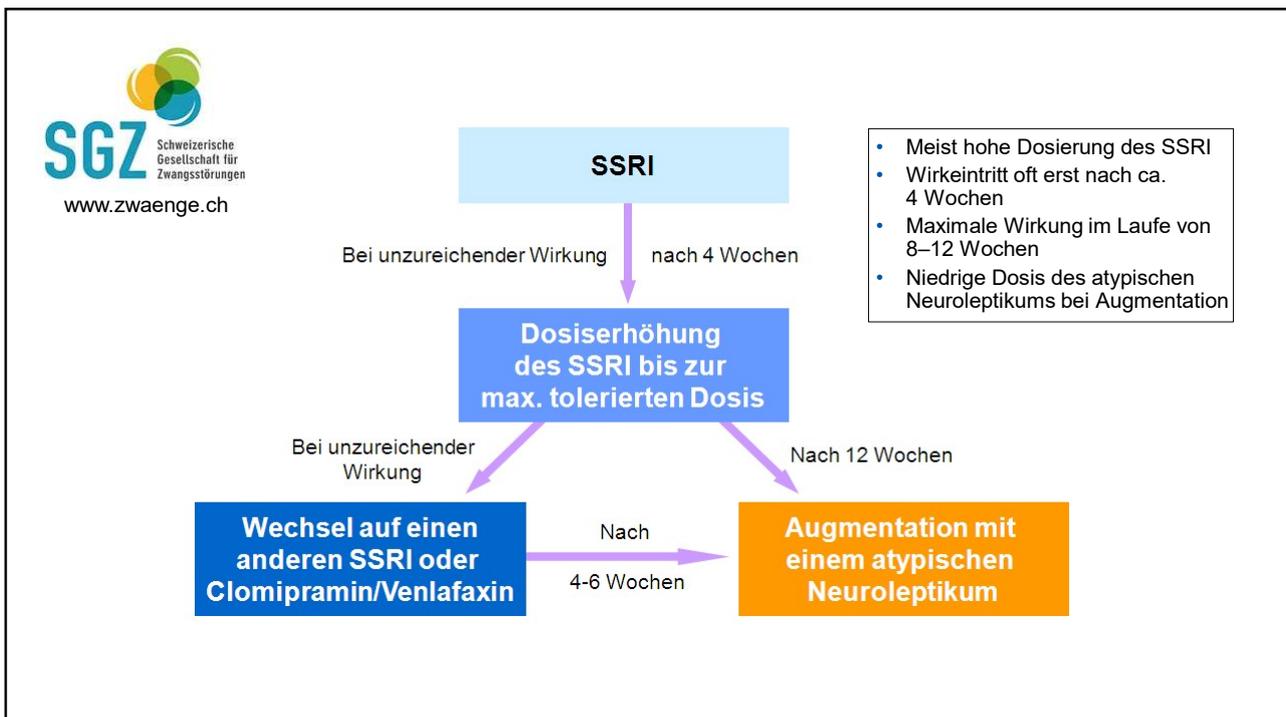
Vorbeugung / Abmilderung dieser möglichen Effekte:
Transparente, nachvollziehbare Therapieplanung!

- 1 **Wirkt Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen? Ist sie die erste Wahl?**
Wann wird die Pharmakotherapie als Monotherapie empfohlen?
- 2 **Sollte eine KVT mit einer Pharmakotherapie kombiniert werden (und vice versa)?**
Kann eine zusätzliche Medikation Nachteile für die KVT haben (und vice versa)? Welche? Vorbeugung?
- 3 **Welche Medikamente sind erste Wahl? Welche sind zweite Wahl?**
Welche wirken nicht?
Gibt es Indikationen für Benzodiazepine / Neuroleptika?
Was tun, wenn die Medikation nicht wirkt?
- 4 **Wann sollten Medikamente wieder abgesetzt werden («Stop wisely»)?**
Wie sollten Medikamente wieder abgesetzt werden?

Substanz	Substanzklasse	maximale Dosis	in Einzelfällen verwendete maximale Dosierungen (Off-Label-Use) ¹	Kommentar
1. Wahl				
Fluvoxamin ²	SSRI	300 mg	450 mg	zahlreiche pharmakokinetische Interaktionen mit anderen Substanzen!
Paroxetin ²	SSRI	60 mg	100 mg	im Vergleich mit anderen SSRI stärker sedierend, häufiger Gewichtszunahme
Fluoxetin ²	SSRI	80 mg	120 mg	pharmakokinetische Interaktionen, z. B. mit Trizyklika
Sertralin ²	SSRI	200 mg	400 mg	eine Studie mit Dosierung bis 400 mg zeigt darunter noch weitere Besserung [26]
Citalopram ^{2, 3}	SSRI	40 mg	–	geringes Interaktionspotenzial
Escitalopram ^{2, 3}	SSRI	20 mg	–	geringes Interaktionspotenzial
2. Wahl				
Clomipramin ²	TZA	225 mg	–	höhere Abbruchraten, mehr Nebenwirkungen

¹ in Einzelfällen wurden, z. B. bei Patienten mit niedrigen Plasmaspiegeln (fast metabolizer) oder bei ungenügender Wirkung und guter Verträglichkeit, höhere als übliche Dosierungen verwendet [18]
² für die Indikation Zwangsstörung in Deutschland zugelassen
³ seit 2011 max. Dosis 20 mg für Escitalopram und 40 mg für Citalopram wegen seltener QT-Verlängerungen
 SSRI: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, TZA: trizyklische Antidepressiva

Voderholzer & Rufer (2021) In: Bauer, Referenz Psychische Störungen



Pharmakologische Augmentationsstrategien bei Therapieresistenz auf SSRI

Medikament	Dosis
Risperidon (Off-Label-Use)	0,5–3 mg
Aripiprazol (Off-Label-Use)	5–15 mg
Clomipramin	bis 75 mg ¹
Ultra-Hochdosis-SSRI	z. B. Sertralin bis 400 mg ²

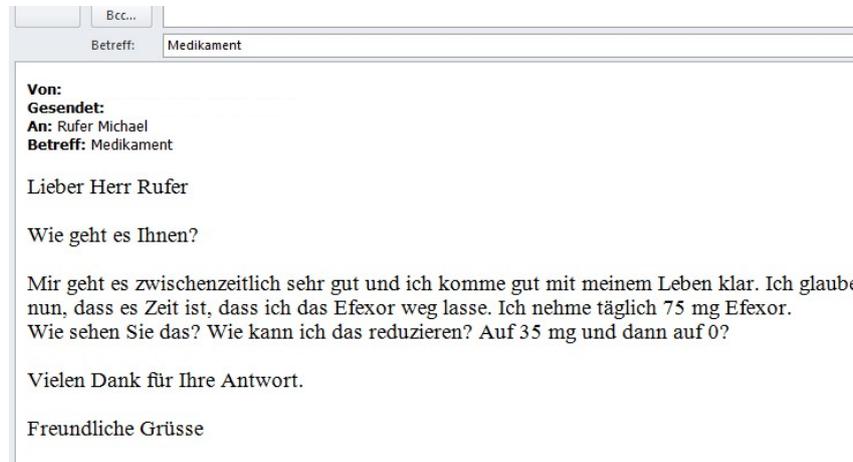
Anmerkung: Bei atypischen Antipsychotika wird eine Evaluation nach 6 Wochen empfohlen, bei fehlender Wirkung: Absetzen der Antipsychotika.

¹ in Einzelfällen bei guter Verträglichkeit bis 150 mg, Cave: Serotoninsyndrom

² in Einzelfällen bei guter Verträglichkeit; Cave: Serotoninsyndrom

Voderholzer & Rufer (2021)
In: Bauer, Referenz Psychische Störungen

- 1 **Wirkt Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen? Ist sie die erste Wahl?**
Wann wird die Pharmakotherapie als Monotherapie empfohlen?
- 2 **Sollte eine KVT mit einer Pharmakotherapie kombiniert werden (und vice versa)?**
Kann eine zusätzliche Medikation Nachteile für die KVT haben (und vice versa)? Welche? Vorbeugung?
- 3 **Welche Medikamente sind erste Wahl? Welche sind zweite Wahl?**
Welche wirken nicht?
Gibt es Indikationen für Benzodiazepine / Neuroleptika?
Was tun, wenn die Medikation nicht wirkt?
- 4 **Wann sollten Medikamente wieder abgesetzt werden («Stop wisely»)?**
Wie sollten Medikamente wieder abgesetzt werden?



Leitlinienbasierte Behandlungsempfehlungen für Zwangsstörungen

(publiziert z.B. auf SGPP-Homepage www.psychiatrie.ch)

- «Die Erhaltungstherapie nach Besserung resp. Remission sollte im Vergleich zur Behandlung anderer Angsterkrankungen deutlich länger sein (mindestens 12–24 Monate).»
- «Die Behandlungsdauer hängt jedoch im Einzelfall stets von individuellen Faktoren ab und kann deutlich kürzer (z.B. bei erfolgreich angewandten verhaltenstherapeutischen **Bewältigungsstrategien**) oder länger (z.B. bei weiterbestehenden erheblichen **psychosozialen Belastungen**) notwendig sein.»

Stop wisely: 10 relevante Fragen

- Die Erkrankung -

1. Warum wurde das Medikament gegeben?
2. Was hat sich seitdem verändert?
3. Ist die Symptomatik vollständig remittiert?

- Hintergrundfaktoren -

4. Sind mögliche Ursachen (Lebensumstände, unbewältigte Konflikte, ...) noch vorhanden?
5. Welche Belastungen bestehen aktuell?
6. Kann die Patientin aktiv mit ihrer (früheren) Problematik umgehen?
 - Expositions-Reaktionsmanagement, Stressbewältigung

- Die Perspektive der Patientin -

7. Was hätte eine Symptomzunahme für individuelle Folgen?
8. Welche Meinung hat die Patientin dazu? Wie risikobereit ist sie?
9. Wie dringlich ist es der Patientin (z.B. wegen Nebenwirkungen)?

- Die Dauer -

10. Wie lange wurde das Medikament gegeben?

Senden
Bcc...

Betreff:
Medikament

Von:
 Gesendet:
 An: Rufer Michael
 Betreff: Medikament

Lieber Herr Rufer

Ich habe nun eine Woche lange auf 37,5 mg reduziert, ich war nervös, aber hatte keine Nebenwirkungen. Seit zwei Tagen nun nehme ich keinen Efexor mehr. Mir geht es psychisch sehr gut, aber Schwindel, Durchfall, Herzsrasen und Ohrenrauschen beschränken mich sehr. Auch das Schlafen ist Horror, da ich wie wach bin!

Es ist alles zum aushalten, aber können Sie mir erfahrungsgemäss sagen, wie lange das ca. anhält? :-)

Danke und viele Grüsse

SSRI/SNRI Discontinuation Syndrome

Häufigkeit der berichteten Symptome nach Absetzen eines SSRI/SSNRI.

Betroffene Organsysteme	Gemeldete Symptome
zentrales Nervensystem (40/51 = 78,4%)	Schwindel 20x, Gleichgewichtsstörungen 4x, Kopfschmerzen 3x, Konzentrationsstörungen 2x, Tinnitus 2x, verstärktes Schwitzen 2x, Nervosität/Unruhe 2x, Insomnie 1x, Hypersomnie 1x, Gedächtnisstörungen 1x, Amnesien 1x, Angstzustand 1x
Gastrointestinaltrakt (5/51 = 9,8%)	Nausea 4x, Erbrechen 1x
Herz-Kreislauf-System (3/51 = 5,9%)	Orthostase 1x, Hypotonie 1x, Rhythmusstörungen 1x
Bewegungsapparat (2/51 = 3,9%)	Myalgien 2x
peripheres Nervensystem (1/51 = 2%)	Dysästhesien 1x

SANZ-Streiflicht Nr. 42, Schweizerische Ärztezeitung 2001

BCC...	
Betreff:	AW: Medikament

Von: Rufer Michael
Gesendet: |
An:
Betreff: AW: Medikament

Liebe Frau

Meistens nur ein paar Tage, dann wird es zumindest deutlich besser, 1-2 Wochen können aber noch Symptome bleiben. Im Einzelfall leider auch länger (aber selten...). Melden Sie sich am besten in 1 Woche nochmals, wie es Ihnen dann geht, einverstanden?

Viele Grüsse

Michael Rufer

Antidepressiva absetzen: Wie?

- Schrittweise Dosisreduktion, über Wochen bis Monate
- Reduktionsschritte individuell anpassen
 - (Frühere) Absetzsymptome, ängstliche Selbstbeobachtung, etc.
- Gerade der letzte Schritt – das vollständige Absetzen – kann deutliche Symptome hervorrufen
 - Latenz bis zum Auftreten: 1–5 Tage nach Absetzen
 - Dauer: Tage bis Wochen (bis Monate?)
- Absetzphänomene vom Wiederauftreten der Grunderkrankung unterscheiden
 - Termine vereinbaren, um Symptome zu bewerten und Bewältigungsstrategien zu besprechen

Fazit: Stop wisely - was ist zu beachten?

- Störungsspezifische Aspekte, z.B. Ausmass des Symptomrückgangs, Komorbidität
- Veränderte Ursachen, Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen
- Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Symptomatik
- Aktuelle / vorhersehbare psychosoziale Belastungen
- Erfahrungen mit früheren Absetzversuchen
- Last but not least: Sicht des Patienten!

- Absetzen immer schrittweise und mit ärztlicher Begleitung

Betreff: AW: AW: Medikament

Von:
Gesendet:
An: Rufer Michael
Betreff: Re: AW: Medikament

Grüezi Herr Rufer

Vielen Dank für Ihre Antwort.
Die Nebenwirkungen sind praktisch verschwunden, nur noch ein wenig Schwindel und Herzklopfen sind noch vorhanden.
Ich fühle mich wunderbar und frei. Hoffe, dass das sehr lange anhält.

Freundliche Grüsse