

## PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## PSYCHIATRIE HEUTE

### **Aktuelle wissenschaftliche Entwicklung und mögliche Konsequenzen bei psychischen Störungen im stationären Bereich**

Seelische Störungen und ihre psychosozialen Folgen rücken immer mehr in das Zentrum allgemeinen Interesses. Und damit das Fach *Psychiatrie*, dem man früher wenig Aufmerksamkeit widmete. Das hat sich inzwischen geändert, notgedrungen. Nachfolgend deshalb eine aktuelle Übersicht zu organischen Störungen, insbesondere Demenz, zu Sucht-Erkrankungen, schizophrenen Störungen, Depressionen, Angst-, neurotischen und Belastungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Psychiatrie heute – psychische Störungen – psychiatrische Forschung – psychiatrische Planung – Neues aus der Psychiatrie – organische psychische Störungen – Demenzerkrankungen – Alzheimer-Demenz – Alzheimer-Forschung – Beta-Amyloid – Demenz-Prävention – monoklonale Antikörper – Tau-Protein – pathologische Proteine – Prione-Erkrankung – Surrogat-Marker bei Demenz – Früherkennung von Alzheimer-Erkrankung – Demenz-Versorgung – Suchterkrankungen – Suchtforschung – Suchtgedächtnis – stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen – medikamentöse Suchtbehandlung – Tabak-Abhängigkeit – nicht stoffgebundene Abhängigkeiten – Glückspielsucht – Computersucht – Internetsucht – Suchtmittelabhängigkeit und Abstinenzdogma – schizophrene Störungen – Zwangsbehandlung bei Schizophrenie – Risikogene bei Schizophrenie – Risikofaktoren bei Schizophrenie – Früherkennung bei Schizophrenieverdacht – medikamentöse Schizophreniebehandlung – Neuroleptika der zweiten Generation – Oxytocin in der Schizophrenietherapie – affektive Störungen – Depressionen – Manie – bipolare Störungen – unipolare Depression – Psychotherapie der Depressionen – Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) der Depressionen – Interpersonelle Therapie (IPT) der Depressionen – therapie-

resistente Depressionen – Cortisol-Stoffwechsel in der Depressionstherapie – Ketamin in der Depressionsbehandlung – Botulinustoxin in der Depressionsbehandlung – körperliches Training in der Depressionsbehandlung – Personalisierte Medizin in der Depressionsbehandlung – Therapie-Personalisierung in der Depressionsbehandlung – Tiefe Hirnstimulation in der Depressionsbehandlung – Magnetokonvulsions-Therapie in der Depressionsbehandlung – Magnetstimulation in der Depressionsbehandlung – Angststörungen – neurotische Störungen – Belastungsstörungen – Traumatherapie – störungsspezifische Therapieverfahren – Suizidgefahr – Serotonin-selektive Reuptake-Hemmer (SSRI) – Pregabalin bei generalisierten Angststörungen – D-Cycloserin – Neuro-Enhancement – Posttraumatische Belastungsstörungen – Gen-Expression bei Posttraumatischer Belastungsstörung – Computer-assistierte Therapieprogramme – Persönlichkeitsstörungen – Serenika – antiaggressiv wirksame Substanzen – u.a.m.

Entgegen der Berichte von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und auch Medien nehmen seelische Störungen nicht kontinuierlich zu, wie immer wieder diskutiert wird. Sie sind aber trotzdem häufig, belasten, verunsichern, beeinträchtigen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Beruf und können so nachhaltig quälen, dass nicht wenige sogar lebensmüde werden, mit allen Konsequenzen. Entsprechende Untersuchungen, z. B. der Deutsche Gesundheitssurvey 2011 (DEGS), sprechen für das neue Jahrtausend von mehr als jedem Vierten. Oder konkret: Eine von drei Frauen bzw. einer von vier Männern, die in jedem Jahr – zumindest vorübergehend – eine psychische Störung zu erdulden haben.

Dabei muss man allerdings einräumen, dass sich statistisch zwar keine Zunahme objektivieren lässt, wohl aber ein Krankheits-Anstieg in der Wahrnehmung der Bevölkerung, was seelische Probleme und psychosoziale Konsequenzen anbelangt. Das entsprechende Wissen nimmt zu und – wenn auch recht langsam – die Inanspruchnahme professioneller Diagnose- und Behandlungsangebote, die ebenfalls immer mehr werden.

So gerät ein medizinisches Fach zunehmend in das allgemeine Interessenspektrum, dem man früher wenig Beachtung schenkte, das auch in der medizinischen Fachwelt keine große Reputation erzielte und in der Allgemeinheit sogar eine gewisse Zurückweisung verkraften musste. Und damit nicht nur seine Mitarbeiter, nämlich Ärzte, Psychologen, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter u. a., sondern – vor allem – die betroffenen Kranken.

Das beginnt sich langsam zu ändern. Die Psychiatrie wird aus der gesellschaftlichen und schließlich psychopathologischen Entwicklung unserer Zeit heraus zu einem Kernfach der Medizin. Schließlich muss sie sogar regelrechte „Volkskrankheiten“ betreuen, wie sie ansonsten nur die Internisten und Orthopäden zu versorgen haben (Depressionen und – sicher weitgehend ausge-

blendet – die häufigsten seelischen Krankheiten, nämlich die Angststörungen, von den Suchtkrankheiten ganz zu schweigen).

Aus diesem Grunde muss sich insbesondere die psychiatrische Forschung ständig fortentwickeln, neue Erkenntnisse generieren, was Häufigkeit, Geschlecht, Alter, generell Ursachen und Hintergründe und schließlich Diagnose und Therapie anbelangt, zunehmend auch die so wichtige Vorbeugung. Deshalb müssen sich seine wissenschaftlichen und klinischen Exponenten fortwährend informieren, welche neuen Möglichkeiten (aber leider auch Grenzen, ja Gefahren) sich auftun, was Epidemiologie, Ätiopathogenese, Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie, Versorgungsforschung usw. betrifft.

Nachfolgend deshalb eine solche Übersicht, wie sie beispielsweise Professor Dr. Tillman Steinert im Rahmen seiner jährlichen Fachbeurteilung vorstellt als Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau am Zentrum für Psychiatrie - ZfP Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg und gleichzeitig Leiter der Abteilung Psychiatrische Versorgungsforschung. Berichtet wird in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Chefärzten und Experten der Weissenau über die Diagnose-Hauptgruppen auf der Basis der Erkenntnisse einschlägiger Kongresse und der Lektüre der maßgeblichen Fachzeitschriften, die wichtigsten Erkenntnisse betreffend. Im Einzelnen:

## ORGANISCHE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

*Demenzkrankungen* gelten als eine der ganz großen gesundheitlichen Herausforderungen der Zukunft. Besonders im Bereich der Alzheimer-Demenz wurden die Forschungsanstrengungen im letzten Jahrzehnt weltweit sehr intensiviert. Nach verbreiteter Einschätzung würde ein wirklicher Durchbruch einen Nobelpreis nach sich ziehen. In Deutschland wurden in den letzten Jahren zunehmend Lehrstühle mit Alzheimer-Experten besetzt und Professuren für damit assoziierte Spezialgebiete geschaffen. Das Deutsche Zentrum für degenerative Erkrankungen (DZNE) und das Kompetenznetz Demenzen beschäftigen sich mit Psychopathologie und neuropsychologischer Diagnostik, insbesondere Früherkennung, neurochemischer Demenzdiagnostik und Bildgebung der Alzheimer-Krankheit.

### **Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen**

Ein wirklicher Durchbruch in der Forschung ist allerdings bisher in Bezug auf eine kausal wirksame Therapie nicht gelungen, so Professor Steinert. Man

kennt die Strukturveränderungen, die in den Nervenzellen stattfinden, bevor sie absterben – Amyloidbildung, Neurofibrillen – gut, weiß aber noch nicht, wodurch sie verursacht sind und ob sie die eigentliche Krankheit oder nur ein Ausdruck eines an anderer Stelle stattfindenden Krankheitsprozesses sind. Dies ist derzeit eine der zentralen noch ungelösten Fragen der Alzheimer-Forschung.

Alle Therapieansätze richten sich derzeit auf die Eliminierung von Beta-Amyloid oder die Verhinderung von dessen Entstehung. Fehlgeschlagene Therapiestudien haben aber Zweifel verstärkt, ob dieser Ansatzpunkt überhaupt richtig ist. Auch ist unklar, wann die Krankheit beginnt und wie früh folglich eine wirksame Therapie beginnen müsste – womöglich nämlich schon Jahrzehnte bevor die Nervenzellen so mit den schädlichen „Abfallprodukten“ überladen sind, dass sie ihre Funktion zunehmend einbüßen und schließlich absterben.

### **Forschungsansätze zur Prävention**

Deshalb richten sich jetzt wieder Forschungsansätze auf die Prävention. Dazu sollen genetisch determinierte Hochrisikopatienten untersucht werden, die eine hohe Amyloid-Last aufweisen, aber noch keine klinischen Symptome. Es wird diskutiert, ob das Fehlschlagen der Studien mit monoklonalen Antikörpern auch darauf beruhen könnte, dass sie in einem viel zu späten Krankheitsstadium eingesetzt wurden (vergleichbar der Gabe von Cholesterinsenkern bei bereits bestehender arterieller Verschlusskrankheit).

Immerhin wird zunehmend klarer, wie der genaue molekulare Wirkmechanismus des Amyloids, eines pathologisch gefalteten Proteins, funktioniert und wie er mit dem ebenfalls relevanten Tau-Protein zusammenspielt. Dabei scheint es eine Art „Ansteckungseffekt“ pathologischer Proteine auf noch gesunde zu geben.

Faszinierend erscheinen die Ergebnisse von Versuchen an Mäusen, bei denen man ein pathologisches Tau-Gen mittels spezieller Enzyme an- und wieder abschalten und damit eine bereits eingetretene Demenz mit Orientierungsstörungen wieder vollständig zurückbilden konnte.

Eine ganz andere Überlegung – kein Gen, sondern eine erworbene Störung – wird allerdings neuerdings ebenfalls ernsthaft diskutiert, nämlich dass es sich auch bei Alzheimer ähnlich wie bei BSE und Creutzfeldt-Jacob-Krankheit um eine Prionen-Erkrankung handeln könnte, die möglicherweise sogar durch Blutserum übertragbar wäre (mit entsprechenden epidemiologischen Konsequenzen). Diese Befunde sind aber größtenteils noch gar nicht publiziert und können aus jetziger Sicht auch sicher nicht alle Alzheimer-Aspekte zufriedenstellend erklären.

Eine große Hoffnung in den letzten Jahren war die Idee einer aktiven Impfung gegen Amyloid (ein Eiweiß, gegen das der menschliche Körper auch Antikörper bilden kann). Nach zahlreichen Tierexperimenten hatte eine vielbeachtete erste Studie an Menschen zunächst ermutigende Resultate gezeigt, musste dann aber wegen Auftreten von Meningoencephalitiden (Gehirnentzündungen) bei einem Teil der Geimpften abgebrochen werden. Auch Versuche mit einer passiven Immunisierung mit monoklonalen Antikörpern erfüllten bisher nicht die Erwartungen.

Dasselbe gilt für weitere wissenschaftliche Überlegungen und sogar konkrete Studien, wobei man derzeit leider feststellen muss: Ein Durchbruch mit den erhofften dramatischen Konsequenzen bezüglich der Behandelbarkeit und Prävention der Alzheimer-Demenz und anderer Demenzformen scheint also in den nächsten Jahren nicht zu erwarten zu sein, dementsprechend auch keine gravierenden Konsequenzen für die Versorgung und deren Institutionen. Eine diskutierte mögliche negative Konsequenz könnte sein, dass die forschende Pharmaindustrie sich angesichts der bisherigen Fehlschläge und verlorenen Investitionen weitgehend aus diesem Gebiet zurückzieht, weil die Pathophysiologie des Krankheitsbildes zu komplex ist und praktikable therapeutische Ansätze in absehbarer Zeit nicht erreichbar scheinen.

Eine Hoffnung ist, dass es gelingt, praktikable *Surrogat-Marker* zu entwickeln, anhand derer sich die Wirksamkeit einer Substanz sehr viel schneller (und damit kostengünstiger) beurteilen lässt als mit über viele Jahre laufenden klinischen Studien, die die tatsächliche kognitive Verschlechterung messen.

Etwas bescheidener und pragmatischer sind derzeit ebenfalls vielfach betriebene Ansätze der Forschung, durch möglichst sichere Früherkennung der Alzheimer-Erkrankung frühzeitig mit pharmakologischen und übenden Therapien zu beginnen, um den Krankheitsverlauf zumindest auf der Symptomebene zu modifizieren. Dies könnte dazu führen, dass ein wesentlich größerer Personenkreis als bisher für derartige Behandlungen, die ggf. auch im Rahmen einer Psychiatrischen Institutsambulanz angeboten werden können, in Frage kommt.

### **Pflegekonzepte, Ehrenamt und Angehörigenarbeit**

Auf der Versorgungsebene wird weiter von einer steigenden Zahl von Demenzen angesichts der demographischen Entwicklung und einem zunehmenden Mangel potenzieller Pflegepersonen ausgegangen. Forschung zu geeigneten Pflegekonzepten, der Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements und der besseren Abstimmung von Behandlung, Versorgung und Angehörigenarbeit werden eine zunehmende Rolle spielen. Hier praktikable und menschliche Lösungen vorzuhalten und weiterzuentwickeln, wird weiter eine Aufgabe der

psychiatrischen Kliniken sein, so Professor Steinert über die Demenzerkrankungen heute.

## SUCHT-ERKRANKUNGEN

Die *Suchtforschung* in Deutschland hat sich in den letzten 20 Jahren langsam etabliert. Weltweit dominierend ist aber nach wie vor die Suchtforschung in den USA, die seit Jahrzehnten über immense Mittel verfügt. Allerdings drohen – wie für die ganze Forschung in den USA – politisch motivierte Kürzungen (Senkung der Staatsausgaben).

### **Biologische Suchtforschung**

Grundsätzlich ist die zentrale Idee der biologischen Suchtforschung nach wie vor, die im Gehirn durch Suchtmittel entstandenen Veränderungen, die im Vergleich zum gesunden Gehirn zu einem abhängigen Reaktionsmuster geführt haben („Suchtgedächtnis“) durch therapeutische Eingriffe zu revidieren. Falls dies möglich werden sollte, würde es eine grundsätzliche Veränderung der gesamten Suchtmedizin zur Folge haben. Allerdings waren alle bisherigen optimistischen Ankündigungen in dieser Hinsicht stets Enttäuschungen und eine klinische Anwendung ist noch nicht einmal am Horizont zu erahnen.

Aufsehen erregte 2011 immerhin eine Studie, in der bei Mäusen die durch Kokain induzierten Veränderungen von Synapsen im Nucleus accumbens des Gehirns durch eine externe Anregung rückgängig gemacht werden konnten.

Nachdem zunächst die Forschung zu den verschiedensten Aspekten der Alkoholabhängigkeit und der Drogenabhängigkeit im Vordergrund stand, hat sich das Forschungsinteresse mittlerweile verbreitert, so Professor Steinert.

Unverändert wird intensiv nach den Ursachen der stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, den Möglichkeiten der Intervention und nach Verlaufsprädiktoren geforscht. Dabei sind nach wie vor die Möglichkeiten der Bildgebung faszinierend und werden stark beachtet.

### **Medikamentöse Behandlungsansätze**

Weiterhin beforscht werden selbstverständlich auch neue medikamentöse Behandlungsansätze. Dazu gehört eine an den Opioidrezeptoren wirksame Substanz, welche die positive Wirkung von Alkohol zu vermindern scheint und so zu einer Reduktion des Alkoholkonsumes führen soll. Interessant dabei, dass in den Studien als Therapieziel ein verminderter Konsum benannt und so das

in Deutschland immer noch vorherrschende Abstinenzdogma als Therapieziel verlassen wird. Weitere Studien sind hierzu wünschenswert.

## **Tabak-Abhängigkeit**

Die *Tabakabhängigkeit* wird aus allen Blickwinkeln beleuchtet, von der Epidemiologie über die Entwicklung von Folgeerkrankungen, der Effektivität von Behandlungsansätzen bis hin zur detaillierten Untersuchung der Marktstrategien der Zigarettenindustrie; oder neue Ansätze der Prävention wie das Projekt „rauchfreie Krankenhäuser“. Die Datenlage zu all diesen Aspekten hierzu ist recht günstig, die Verbreitung therapeutischer Ansätze nimmt langsam zu.

## **Nicht stoffgebundene Abhängigkeiten**

Einen zweiten Schwerpunkt bilden derzeit die *nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten*, worunter in der Regel Glückspielabhängigkeit, Internet- und Computerspielsucht sowie, z. T. umstritten, Kaufsucht, Sex-Sucht u. a. Verhaltensabweichungen gefasst werden.

Während Glücksspielsucht recht gut untersucht ist und auch die Kenntnis von Behandlungsverläufen verfügbar ist, steht der Vielzahl an Veröffentlichungen zur Computer- und Internetspielsucht ein beträchtlicher Mangel an konkreten Daten im Wege. Es scheint derzeit noch kaum zu gelingen, die Problemlage zuverlässig zu quantifizieren. Auch der therapeutische Zugang zu den sicher vorhandenen Abhängigkeitskranken gestaltet sich sehr schwierig. Die vielfältig angebotenen Beratungs- und Therapiemaßnahmen werden nur äußerst spärlich genutzt. Mit welchen Maßnahmen am ehesten erfolgreich behandelt werden kann, ist derzeit noch unklar.

Ebenfalls verstärkt berücksichtigt werden von Seiten der Forschung die Themen Prävention und Rehabilitation, wobei hier häufiger pädagogische Konzepte dargestellt werden als wirklich wissenschaftliche Forschungsergebnisse.

## **Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen**

Insgesamt ist die Suchtforschung therapeutisch breiter geworden und nimmt neue Themen in den Blick, allerdings ohne dass für die alltägliche Arbeit in der Suchtkrankenbehandlung grundsätzlich neue Erkenntnisse zu verzeichnen wären, so Professor Steinert.

Verstärkte Aufmerksamkeit benötigt in den nächsten Jahren sicher die Wirkung des Settings in allen Formen der Suchtkrankenbehandlung. Das Dogma der stationären Behandlungsbedürftigkeit von insbesondere stoffgebundenen Abhängigkeiten hält einer wissenschaftlichen Überprüfung wohl nicht stand.

Zudem muss, wie oben bereits erwähnt, das in Deutschland noch vorherrschende Abstinenzdogma als alleiniges Therapieziel überdacht werden, wenn es gelingen soll, der breiten Masse der Suchtmittelabhängigen zu helfen und nicht nur einen Bruchteil der Betroffenen zu erreichen. Studien zu den Themen Konsumreduktion und entsprechenden Behandlungssettings wären hilfreich und notwendig.

## SCHIZOPHRENE STÖRUNGEN

Bei den *schizophrenen* Störungen besteht in Deutschland (wie in vielen anderen Ländern) eine Diskrepanz zwischen der Kenntnis evidenz-basierter Interventionen, die überwiegend bereits Bestandteile von Leitlinien sind und deren praktischer Verfügbarkeit. Dies betrifft insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, Familieninterventionen, kognitive Rehabilitation und psychotherapeutische Interventionen bei komorbider Suchterkrankung. Die Implementation eines geeigneten Versorgungsmodells steht in Deutschland bisher aus. Traditionell werden derartige Angebote am ehesten in Kliniken vorgehalten, wegen der abnehmenden Verweildauer jedoch in eher sinkender Tendenz.

Die Klinik-Zentrierung solcher Angebote kann kritisch hinterfragt werden, nicht nur wegen der abnehmenden Verweildauer und begrenzter personeller Ressourcen, sondern auch weil diese Interventionen vermutlich weniger wirksam sind, wenn sie ausgerechnet dann angeboten werden, wenn sich die Patienten in einem besonders schlechten psychischen Zustand befinden, so Professor Steinert.

Für eine ambulante Implementierung fehlt den Institutsambulanzen und Nervenarztpraxen jedoch weitgehend die Finanzierung. Psychologische Psychotherapeuten in eigener Praxis behandeln diese Patienten eher selten und die Finanzierung wird durch die Gutachter der Krankenkassen in der Regel abgelehnt. Geeignete Versorgungsmodelle zu etablieren, wozu IV-Projekte oder Regionalbudgets derzeit die sinnvollsten Ansätze sind, wird eine Aufgabe der nächsten Jahre sein.

### **Ambulante Behandlungsformen**

Bezüglich der „Ambulantisierung“ der psychiatrischen Behandlung sind inzwischen diverse Meta-Analysen über die zahlreichen veröffentlichten Studien verfügbar, die allerdings ganz überwiegend aus England kommen. Generell werden, wie seit langem bekannt, verschiedene günstige Effekte und kaum Nachteile beschrieben. Die Ergebnisse für das „assertive community treat-



ment“, d. h. die besonders intensive aufsuchende Behandlung, sind dabei aber eher enttäuschend. Vorteile gegenüber einer niederfrequenteren ambulanten Behandlung mit einem wesentlich höheren case-load beim case management waren weder bezüglich Hospitalisierung noch bezüglich klinischer Ergebnisse verifizierbar.

Eine andere Übersicht kommt zu dem Schluss, dass intensivere ambulante Behandlungsformen am ehesten dann Krankenhaustage einsparen können, wenn diese auf einem vergleichsweise hohen Niveau liegen. Bei vergleichsweise niedriger Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sei eine weitere Senkung kaum realisierbar.

Bezüglich Akut-Tageskliniken gibt es seit einer vor mehreren Jahren in diversen europäischen Ländern, auch in Deutschland, durchgeführten multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie eine gute Evidenzlage, dass tagesklinische Behandlung mindestens gleich gute Ergebnisse wie vollstationäre Behandlung bei freiwillig behandelten Patienten erbringt, so die Übersicht von Professor Steinert.

### **Zwangsbehandlung und Aufenthaltsdauer**

Das vorübergehende weitgehende Verbot von *Zwangsbehandlung* in Deutschland hatte bei manchen Patienten zu einer erheblichen Verlängerung der Aufenthaltsdauer geführt. Es kann aber vermutet werden, dass insgesamt keine größere Bettenauslastung resultierte, weil gesündere Patienten die Behandlung teilweise infolge der entstandenen unruhigeren Stationsatmosphäre früher abbrachen. Die gegenwärtige Praxis unter eingeschränkten, aber letztlich wieder vorhandenen Möglichkeiten der Zwangsmedikation bedarf einer sorgfältigen und vorurteilsfreien Evaluation.

### **Risikogene**

Die *Erforschung von Risikogenen* erbringt noch immer viele inkonsistente Ergebnisse. Ein großes und bisher ungeklärtes Problem der genetischen Forschung ist, dass einerseits schizophrene Erkrankungen nachweislich zu mindestens 50% durch Erbfaktoren verursacht sind, dass aber die Entschlüsselung des menschlichen Genoms und die Erforschung der Beiträge der einzelnen Gene zum Erkrankungsrisiko an Schizophrenie wider Erwarten bisher nicht dazu geführt haben, diejenigen Gene zu identifizieren, die Schizophrenie maßgeblich verursachen.

Bisher erklären alle bekannten mit Schizophrenie in Verbindung gebrachten Gene wesentlich weniger als die bekannten Umweltfaktoren wie Leben in der Stadt oder Cannabismisbrauch. Zunehmend besser verstanden ist allerdings inzwischen die Interaktion zwischen psychosozialen Charakteristika wie

„Stress“ und „Leben in der Stadt“ und daraus resultierenden neurobiologischen Reaktionsmustern, die psychotisches Erleben bahnen können.

Der Einsatz von *genetischen Markern* und anderen (z. B. neurophysiologischen) Merkmalen zur sicheren Identifikation und ggf. prophylaktischen Behandlung von Risikopersonen scheint für die praktische Anwendung immer noch fern zu sein.

### **Bildgebung zur Therapiefestlegung?**

Auch die seit 15 Jahren propagierten Erfolge der *Bildgebung* z. B. zur passgenauen Bestimmung der individuellen Pharmakotherapie sind bis jetzt trotz vielfacher optimistischer Ankündigungen noch nicht einmal experimentell realisiert. D. h., die Annahme, dass man bei einem neu aufgenommenen Patienten mit Schizophrenie zur Therapiefestlegung zunächst einmal eine funktionelle MRT-Untersuchung oder gar ein Positronen-Emissions-Tomogramm (PET) durchführt (verbunden mit entsprechenden Kosten), erscheint eher in die Ferne gerückt und derzeit wenig realistisch, so Professor Steinert.

### **Früherkennung und -intervention**

*Früherkennung* und *-intervention* sind seit Jahren ein großes Thema. Der Forschungsstand entwickelt sich zunehmend in die Richtung, dass intensive (vorwiegend psychosoziale) Interventionsprogramme bei Risikopersonen den Übergang in manifeste Psychosen verhindern können – ob vorübergehend oder dauerhaft, wird sich noch zeigen müssen.

Ein bekanntes Problem ist, dass die betreffenden Personen über die üblichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen nur bedingt erreicht werden können. Ein praktikables Modellprojekt in Deutschland existiert bisher nur an wenigen Zentren; sie werden zu wesentlichen Teilen aus Forschungsmitteln finanziert. Ein praktikables Modell zur Integration in die Routineversorgung existiert bisher ebenso wenig wie eine gesicherte Finanzierung. Die diesbezüglichen Entwicklungen sind auf jeden Fall im Auge zu behalten.

### **Medikamentöse Behandlung**

Zur *medikamentösen Behandlung* der schizophrenen Störung ergibt sich nach Professor Steinert folgende Übersicht:

Die *Neuroleptika* der zweiten Generation erwiesen sich durchweg als etwas weniger effektiv und nebenwirkungsreicher als zunächst angenommen. Versuche, Substanzen mit grundsätzlich anderer Wirkungsweise zu etablieren (Glutamat-Rezeptor-Antagonisten, Aminosäuren, Fettsäuren und Zytostatika-

Analoga für Negativsymptomatik) erwiesen sich bisher als weniger effektiv als erwartet oder nicht wirksam.

Erstaunlicherweise ist auch nach wie vor nicht eindeutig geklärt, welche Rezeptorwirkungen für die antipsychotische Wirkung verantwortlich sind. Die diesbezüglichen pharmakologischen Fachdiskussionen scheinen seit der Einführung der zweiten Generation von Neuroleptika Mitte der 90er Jahre nicht wesentlich vorangekommen zu sein.

Nachdem noch 2010 u. a. in „Nature“ zu lesen war, die Pharmaindustrie ziehe sich ganz aus der weiteren Schizophrenie-Forschung zurück (Biologie der Erkrankung noch zu wenig verstanden, keine aussichtsreichen Präparate in der Pipeline), sind nun doch diverse Präparate vor der Markteinführung oder in Phase II-Studien. Die Hoffnungen, endlich eine neue wirksame Substanzklasse jenseits der D2-Rezeptoren blockierenden Neuroleptika zu etablieren, erhielten im August 2012 mit einer negativen Studie jedoch einen empfindlichen Dämpfer.

Weitere Hoffnungen konzentrieren sich auf die Entwicklung von Medikamenten gegen die bei Schizophrenie so entscheidenden kognitiven Defizite. Bisher liegen jedoch keine Studien vor, die überzeugende Effekte zeigen.

Interessant ist das Ergebnis einer 2011 publizierten kleinen randomisierten Studie mit dem Hormon Oxytocin. Dieses Hormon, das am intensivsten um die Geburt bei der Mutter ausgeschüttet wird, ist eine Substanz, die pro-soziale Verhaltensweisen intensiv zu befördern scheint. Bei der Pilotstudie bei Patienten mit Schizophrenie besserte sich nicht nur das Sozialverhalten, sondern die Psychopathologie insgesamt.

Seitens der Pharmaindustrie gibt es weitere Substanzen „in der Pipeline“, die aber vermutlich eher in Richtung „me too“-Präparate einzuordnen sind. Die Entwicklungskosten und Risiken sind so hoch, dass die Risikobereitschaft der Industrie bezüglich Innovationen gesunken ist. Es wird erwartet, dass die Entwicklungen der nächsten Jahre eher in Richtung einer weiteren Optimierung des bereits Bekannten gehen. Dies betrifft z. B. die systematische Erforschung sinnvoller Medikamenten-Kombinationen, so Professor Steinert.

## AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Die *Bipolaren Störungen* haben sich in den Vorstellungen zu Verursachung, Therapie und Verlauf in den letzten Jahren mehr den schizophrenen Störungen angenähert. Bezüglich zu erwartender Erkenntnisfortschritte und Therapieoptionen gilt Ähnliches wie für die schizophrenen Störungen.

Grundsätzlich noch nicht wirklich verstanden ist die zugrunde liegende Störung der Biorhythmen.

Therapie- oder versorgungsrelevante Ergebnisse zeichnen sich jedoch derzeit nicht ab. Die inzwischen publizierte S3-Leitlinie Bipolare Störungen empfiehlt angesichts des frühen Manifestationsalters bipolarer Störungen (16 bis 19 Jahre) verstärkt frühzeitige Diagnose, Beratung und Behandlung im Jugendalter, um den Verlauf günstiger zu gestalten.

Bezüglich der Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung gelten dieselben Überlegungen wie bei Patienten mit schizophrenen Störungen.

### **Psychotherapie der Depression**

Seit 2009 existieren die S3-Versorgungsleitlinien „*Unipolare Depression*“. Eine besondere Aufwertung erfährt hierin die Psychotherapie der Depression, die bei fast jeder Form der Depression (mit Ausnahme der „schweren Episode“) empfohlen wird, je nach Schwere der Erkrankung in Kombination mit Antidepressiva. Dabei bestehen klare Evidenzen für kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Interpersonelle Therapie (IPT) und mit Einschränkungen für tiefenpsychologische Kurzzeittherapie. Innovativ und beispielsweise nicht in den englischen NICE-Leitlinien enthalten sind klare Empfehlungen zur Überweisung an den Facharzt bei erfolgloser Hausarztbehandlung über 6 Wochen oder Psychotherapie über 3 bis 4 Monate. Therapieresistente Depression und chronische Depressionsformen werden in den neuen Leitlinien in höherem Maße therapeutisch berücksichtigt. Als spezifische Psychotherapieform steht hier das ‚Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy‘ (CBASP) zu Verfügung.

### **Hoffnungen und Enttäuschungen in der Pharmakotherapie**

Die Depressionsforschung war in den vergangenen Jahren insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung neuer Medikamentenklassen enttäuschend. Erhebliche Hoffnungen hatte man in Medikamente gesetzt, die auf einer übergeordneten Steuerungsebene in den Cortisol-Stoffwechsel eingreifen. Dieser ist nämlich bei schwer depressiven Patienten im Sinne eines dauerhaften „Stress-Stoffwechsels“ mit vielen schädlichen Sekundärfolgen wie kognitiven Störungen verändert. Die entsprechenden Medikamente, die in der vermuteten Ursachenkette früher und kausaler als die bisher verfügbaren Antidepressiva eingreifen sollten, erwiesen sich aber leider als klinisch nicht wirksam, so Professor Steinert.

Hoffnungen auf eine neue Medikamentenklasse galten auch Substanzen, die Nikotinrezeptoren beeinflussen – leider auch hier wenig aussichtsreich.

Eine sehr interessante Entwicklung zeichnet sich jedoch möglicherweise mit dem altbekannten Medikament Ketamin ab, eine Substanz, die in der Anästhesie verwendet wird, häufig bei Kindern. Besserungen bei schwersten Depressionen innerhalb von Stunden wurden beschrieben und die Ergebnisse in einer ersten, noch kleinen Doppelblindstudie bestätigt. Inzwischen wurde der molekulare Wirkungsmechanismus aufgeklärt: Es findet eine intensive Neubildung von Synapsen statt, eben jener, die durch chronischen Stress degenerieren. Diese Entwicklung könnte in den nächsten Jahren erhebliche klinische Relevanz bekommen, ggf. sogar zu einer Verringerung der Morbidität bei schweren Depressionen führen. Allerdings ist diese Substanz noch nicht zur Therapie zugelassen und bis zu einer regulären Einführung dürften auch bei weiterhin günstiger Entwicklung noch einige Jahre vergehen.

Einen offensichtlich ganz anderen Wirkungsmechanismus hat die Injektion von Botulinustoxin in die Glabella (Stirnfalte), die in einer Studie ebenfalls eine überraschend gute Wirkung gegen Depression zeigte; weitere Forschungsergebnisse sind auch hier abzuwarten.

Enttäuschend war dagegen das Ergebnis einer großen Studie an ambulanten Patienten zu körperlichem Training. Bisher galt auf Grund diverser Studien als weitgehend gesichert, dass regelmäßige körperliche Aktivität Depressionen bessern kann. Die genannte Studie fand keinerlei Effekte.

### **Heterogene Ätiopathogenese und ihre Konsequenzen in der Therapie**

Zwischen Experten unterschiedlicher Provenienz – von genetischen Forschern bis zu Psychotherapeuten – besteht inzwischen weitgehende Übereinstimmung, dass die „Volkskrankheit Depression“ eine äußerst heterogene Mischung sehr verschiedenartiger Störungen ist. Die Therapieoptionen haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verbessert. Die Kenntnis pathophysiologischer Prozesse dysfunktionaler neuronaler Netzwerke und Neurotransmittersysteme ist unzureichend. Die zweifellos existierenden genetischen Faktoren sind nicht aufgeklärt. Die ätiologische Heterogenität, von Einzelbasenpolymorphismen bis zu epigenetischen Mechanismen und biographischen Traumata wird durch das Erscheinungsbild der weit gefassten Diagnose „Depression“ nach den vorhandenen kategorialen Diagnoseschemata nicht erfasst, so Professor Steinert.

Obwohl sowohl biologische Forscher als auch Psychotherapeuten sich seit Jahrzehnten um die Abgrenzung sinnvoller Untergruppen bemühen, ist dies bisher noch nicht überzeugend gelungen, weshalb die Klassifikationssysteme bisher auch nur die sehr pragmatische Einteilung nach Schweregrad vorsehen. Die Identifikation von Untergruppen ist deshalb so wichtig, weil davon ausgegangen wird, dass die relativ bescheidenen Therapieergebnisse, insbesondere bei der Pharmakotherapie, wesentlich dadurch bedingt sind, dass nur

ein Teil der Patienten die wirklich passende Therapie erhält. Deren positives Ansprechen auf die Therapie geht dann gruppenstatistisch weitgehend unter.

Die Leit-Idee der Forschung ist die so genannte „Personalisierte Medizin“, für die im Depressionsbereich derzeit die besten Chancen gesehen werden. Von Seiten der genetischen Forschung wird als Erwartung formuliert, in den nächsten Jahren auf der Basis von Gentests und spezifischen Biomarkern Patientengruppen identifizieren zu können, die von bestimmten Therapieformen profitieren. Gleichmaßen soll damit eine präklinische Risikoabschätzung möglich werden. Ansätze von Therapie-Personalisierung sind bereits vorhanden. Beispielsweise wurde mit der Bestimmung homozygoter Träger einer bestimmten Genvariante ein genotypbasierter Responseprädiktor gefunden für das Ansprechen auf Lithium-Augmentation. Auch wurden bestimmte genetische Prädiktoren als spezifisch für den Subtyp „ängstliche Depression“ (wiederum einer der stärksten negativen Prädiktoren für Therapieerfolg) gefunden.

Ob die Genetik für das Ansprechen auf Therapie tatsächlich so entscheidend ist, ist nicht unumstritten. Psychotherapeuten können ebenfalls auf bekannte Prädiktoren für das Ansprechen auf Therapie verweisen, die aber gänzlich anderer Art sind.

Eine weitere Debatte betrifft die Rolle künftiger Entwicklungen der Pharmaindustrie in einer zunehmend personalisierten Medizin. Die Entwicklung spezifischer Medikamente für immer kleinere Untergruppen von Patienten anstelle von „Blockbustern“ könnte wirtschaftlich unlohnend sein und einem weiteren Fortschritt entgegenstehen.

Dem wird als Argument entgegengehalten, dass für Zulassungsstudien möglicherweise viel kleinere Fallzahlen erforderlich sind, wenn das Präparat tatsächlich bei allen behandelten Patienten und nicht nur bei einem kleinen Teil Wirkung entfaltet. Wie sich der Markt, die Behandlungsmöglichkeiten und -kosten in den nächsten Jahren entwickeln werden, ist schwer zu prognostizieren. In der Vergangenheit kamen Umwälzungen allerdings immer viel langsamer, als dies optimistisch angekündigt wurde. Deutlich ist bereits jetzt, dass quantitativ der Anteil von Depressionen bei alten und multimorbiden Menschen zunehmen wird, die Forschungsaktivitäten bei dieser Klientel sind jedoch weiterhin gering, fasst Professor Steinert zusammen.

## **Invasive Therapiemethoden**

Von allen *innovativen invasiven Therapiemethoden* erscheint die „*Tiefe Hirnstimulation*“, auch was die Datenlage betrifft, am ehesten erfolgversprechend. Nach wie vor handelt es sich aber bei der tiefen Hirnstimulation, die praktisch nur bei therapieresistenten Depressionen angewandt wird, um eine experimentelle Methode, die Einzelfalluntersuchungen und klinischen Studien vor-

behalten ist. Ihr Wirkmechanismus ist nur unzureichend geklärt. Besonders interessant ist der Ansatz, über einen kleinen Seitenast des Vagusnerven an der Ohrmuschel (N. auricularis) zu stimulieren. Dies würde eine erhebliche Minimierung der Nebenwirkungen versprechen.

Inzwischen lassen erste Pilotstudien vermuten, dass sich für schwerst depressive und auch anorektische Patienten möglicherweise neue Therapieoptionen ergeben. Allerdings handelt es sich um Verfahren, die für die breite Masse der depressiven Patienten keine Indikation erlangen dürften.

Bei der *Magnetkonvulsions-Therapie* als weitere neue invasive Therapieform bei Depressionen gibt es mittlerweile Hinweise auf vergleichbare Wirksamkeit wie bei der Elektrokrampftherapie, was die „Krampfqualität“ betrifft, bei kaum vorhandenen kognitiven Störungen. Allerdings sind die Fallzahlen in den vorliegenden Untersuchungen noch sehr niedrig. Es ist möglich, dass diese Methode künftig einen Platz in der Routineversorgung finden wird.

Die *Magnetstimulation* dagegen, ein Verfahren, das keine Krampfanfälle auslöst und wenig belastend ist, ist inzwischen recht gut untersucht. Das Verfahren ist sicher und in verschiedenen Indikationen auch wirksam, aber wohl weniger als die Elektrokrampftherapie.

Insgesamt erscheint es gut denkbar, dass die Depressionsbehandlung innerhalb einiger Jahre auf der biologischen Seite vielfältiger, effektiver und aufwändiger wird. Aus heutiger Sicht ist am ehesten wahrscheinlich, dass schwere Depressionen besser behandelbar werden. Ob diese Methoden auch der viel größeren Zahl leichter Depressionen mit vermutlich andersartiger Ursache zugute kommen, muss dagegen zunächst mit Skepsis beurteilt werden, so Professor Steinert.

## ANGST-, NEUROTISCHE UND BELASTUNGSSTÖRUNGEN

Bei den *Angst-, neurotischen und Belastungsstörungen* spielen weltweit und in Deutschland verhaltenstherapeutische Techniken eine zunehmende Rolle. Die Therapien sind kürzer geworden, eine Untergrenze ist aber möglicherweise erreicht. Die starke Manual-Basierung, die in Veröffentlichungen dominiert, dürfte in erster Linie mit der Notwendigkeit objektivierbarer Forschungsmethodik zusammenhängen; ein breiter Einzug solcher Manuale in die klinische Versorgung hat bisher nicht stattgefunden, so Professor Steinert.

Erheblich zugenommen hat die Nachfrage nach "Traumatherapie" in den unterschiedlichsten Indikationen, beginnend bei posttraumatischen Belastungs-

störungen, aber auch weit darüber hinausreichend mit Bezug auf Sucht, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörungen u. a. Folgende Fragen sind ggf. relevant für die Organisation der Versorgung, bisher aber wissenschaftlich nicht schlüssig beantwortet bzw. sogar noch kaum untersucht:

- Ist es möglich, psychotherapeutische Behandlung in bestimmten Indikationen, basierend auf dann tatsächlich zu verwendenden Manualen, auf andere Berufsgruppen außer ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zu übertragen? Diese Fragestellung hat Relevanz nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern auch aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels.
- Wann und in welchem Umfang ist eine spezifische "Traumatherapie" jenseits der typischen Indikation von posttraumatischen Belastungsstörungen indiziert? Gerade in diesem Feld sind medizinisch begründete Indikationsstellungen und Marketing-Aspekte teilweise schwer zu trennen.
- In welchem Umfang könnten stationäre Psychotherapien, die in Deutschland so häufig durchgeführt werden wie in vermutlich keinem anderen Land, durch teilstationäre oder ambulante ersetzt werden? Diese Fragestellung ließe sich nur durch randomisierte kontrollierte Studien beantworten, denen aber erhebliche organisatorische bzw. politische Hindernisse entgegenstehen.

### **Störungsspezifische Therapieverfahren**

In den letzten Jahren wurden in der Psychotherapie immer ausgefeiltere „störungsspezifische“ Therapieverfahren entwickelt, mehrheitlich auf der Basis verhaltenstherapeutischer Ansätze, mit teilweise sehr speziellen Programmen und Manualen. Derzeit lässt sich feststellen, dass diese sich „zu Tode siegen“, so Professor Steinert. Denn es gelingt zwar meistens in den Begleitstudien, nachzuweisen, dass diese Therapieformen eine überlegene Wirkung gegenüber unspezifischerer Therapie bei einer Kontrollgruppe haben. Andererseits gibt es aber mittlerweile so viele dieser spezifischen Verfahren für immer spezifischere Patientengruppen, dass niemand in der Lage ist, eine größere Zahl davon zu beherrschen. Und deshalb werden sie in der Praxis außerhalb einiger darauf spezialisierter Zentren (in der Regel derjenigen, die sie entwickeln und beforschen) auch kaum angewendet, vermutet Professor Steinert.

Erhebliche Bedeutung in der psychiatrischen Versorgung haben Aufnahmen nach *Suizidversuch*. Es ist bekannt, dass diese sich relativ häufig wiederholen. Im Zuge einer künftigen vermehrten Ambulantisierung ist von Interesse, wie diese Klientel (vorwiegend Krisen und Frauen mit Persönlichkeitsstörungen) am besten betreut werden kann. Entgegen ersten positiven Ergebnissen und allgemeiner Überzeugung fand 2012 eine große Studie aus Dänemark keine



nachweisbaren Effekte einer intensivierten ambulanten Betreuung (assertive outreach) bezüglich der Häufigkeit künftiger Suizidversuche. Die intensiver betreuten Patienten hatten mehr stationäre Wiederaufnahmen wegen Suizidalität. In der Kontrollgruppe wurden allerdings in Eigenberichten entsprechende Ereignisse häufiger berichtet.

## **Medikamentöse Behandlung**

Zur *medikamentösen* Behandlung ergibt sich nachfolgende Erkenntnis: Die *Standardbehandlung von Angststörungen* mit Serotonin-selektiven Reuptake-Hemmern (SSRI) hat sich bewährt. Außerdem gibt es eine weitere Zulassung für die Substanz Pregabalin für generalisierte Angststörungen. Möglicherweise folgen noch Indikationserweiterungen. Allerdings zeichnet sich eine manchmal missbräuchliche und zu unkritische Verwendung ab, sodass mit erheblich größeren Verordnungszahlen und vor allem größerem Nutzen künftig eher nicht zu rechnen ist. Wesentliche Neuentwicklungen auf diesem Gebiet sind kurzfristig nicht zu erwarten, mittelfristig gibt es allerdings hohe Erwartungen, so Professor Steinert.

Ein interessanter Aspekt in der Forschung ist D-Cycloserin, eine altbekannte Substanz, die zur Verhinderung der Abstoßung von Transplantaten als Immunsuppressivum eingesetzt wird. D-Cycloserin soll Lernvorgänge verbessern und hat daher für die Konsolidierung gelernter Verhaltensänderungen in der Verhaltenstherapie großes Interesse geweckt. Eine Studie bei Patienten mit Schizophrenie, bei denen die verhaltensändernden psychotherapeutischen Maßnahmen mit D-Cycloserin verstärkt werden sollten, brachte aber keinerlei nachweisbaren Effekt. Ob daraus versorgungsrelevante Indikationen, etwa im Sinne einer Verkürzung der Therapiedauer bei manchen Indikationen, resultieren werden, ist derzeit noch nicht absehbar. Aller Wahrscheinlichkeit nach würde dies aber eher einfache Krankheitsbilder betreffen, die vorwiegend ambulant behandelt werden.

## **Neuro-Enhancement**

Kritisch muss man auch anmerken, dass alle anderen Aspekte des „Neuro-Enhancements“ bisher auf einer empirisch eher dünnen Basis stehen und mehr im Bereich „Lifestyle“ abgehandelt werden. Andererseits ist eine Beeinflussung von Lernvorgängen und Vorgängen der Gedächtniskonsolidierung vielleicht dennoch eines der Forschungsgebiete mit dem größten Zukunftspotenzial. Denn es ist inzwischen hinreichend bekannt, dass das Gedächtnis nicht statisch ist, sondern mit jedem Abruf von Inhalten erneut aktualisiert, überformt und gespeichert wird. Damit scheinen diese Vorgänge prinzipiell beeinflussbar. Weitreichende Auswirkungen auf alle Formen von Erkrankungen auf Grund pathologischer oder pathogener Erinnerungsvorgänge, von den

Suchterkrankungen bis zur posttraumatischen Belastungsstörung, sind vorstellbar.

### **Posttraumatische Belastungsstörung**

Die *Posttraumatische Belastungsstörung* ist auch ein wesentliches Forschungsobjekt der Epigenetik. Es ist mittlerweile bis auf die molekulare Ebene recht gut aufgeklärt, wie traumatische Ereignisse zu dauerhaften Veränderungen der Gen-Expression führen, die ihrerseits chronische hormonelle Veränderungen im Sinne einer Stressreaktion in Gang setzen. Hier richten sich künftige Hoffnungen sowohl auf eine mögliche psychotherapeutische Prävention nach traumatischen Ereignissen als auch auf mögliche pharmakologische Ansatzpunkte. Psychotherapeutische Verfahren erwiesen sich bisher jenseits von einfachen Verfahren der Psychoedukation und des Stressmanagements in dieser Phase als nicht als wirksam.

Aufsehen erregte eine Doppelblindstudie mit der Verordnung von Cortisol nach schweren Verkehrsunfällen, das das Auftreten quälender posttraumatischer Erinnerung signifikant verminderte. Ob sich daraus ein praktikabler Präventionsansatz ergibt, werden Folgestudien zeigen müssen. Sicher scheint aber, dass dafür nur ein relativ schmales Zeitfenster („golden hours“) in Frage kommt.

Bisher völlig unbefriedigend ist die pharmakologische Behandlung von chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörungen, die auch psychotherapeutisch nicht heilbar sind. Die Morbidität und die Inanspruchnahme des Versorgungssystems sind erheblich und vermutlich steigend. Ein Bedarf an wirksamen pharmakologischen Ansätzen ist dringend gegeben, verstärkte Forschung auf diesem Gebiet ist deshalb zu erwarten. Obgleich es dazu bisher erst wenige Studien gibt, sind höchst interessante Substanzen beispielsweise Oxytocin und Ketamin, so Professor Steinert.

### **Computer-assistierte Therapieprogramme**

Besonderes Interesse haben auch, besonders für den Bereich von depressiven und Angststörungen und sogar Suchterkrankungen, Computer-assistierte Therapieprogramme erlangt. Dies gilt besonders für die USA, wo viele Menschen kaum Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung haben. Eine 2011 im *American Journal of Psychiatry* erschienene systematische Analyse der Wirksamkeit zeigte jedoch, dass die Belege für eine Wirksamkeit bisher sehr fraglich sind und warnte davor, derartige Techniken unreflektiert einzuführen. Wie in vielen anderen Bereichen der Medizin auch waren die Ergebnisse der untersuchten Therapieverfahren umso schlechter (bis hin zu schlechter als in der Kontrollgruppe), je besser die Studienqualität war.

## PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

*Persönlichkeitsstörungen* haben eine zunehmende Bedeutung im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auf verschiedensten Ebenen (stationär, teilstationär, rehabilitativ, ambulant, Leistungen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds). Schon deshalb besteht hier ein besonderes Interesse. Deshalb wurden in den letzten 10 Jahren zunehmend spezifische Verfahren vorwiegend für Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt, die in Langzeitstudien recht gute Erfolge zeigen (dialektisch-behaviorale Therapie, Schematherapie, Übertragungs-fokussierte Therapie). Schwerpunktmäßig wurden diese Verfahren in den USA und in den Niederlanden (hier krankenkassen-finanziert!) erforscht. Dort wird die Behandlung allerdings überwiegend ambulant oder kombiniert ambulant-stationär angeboten.

In Deutschland existiert dafür kein Versorgungsmodell, weshalb die Behandlungen hier weit mehr als in anderen Ländern stationär stattfinden (in England und in den USA gibt es nahezu keine stationären Behandlungen für derartige Patienten). Gegenwärtig scheint es unwahrscheinlich, dass die Erkenntnisse der Therapieforschung in absehbarer Zeit wesentliche Auswirkungen auf die Gestaltung des Versorgungsangebots haben werden. Es besteht eine erhebliche Nachfrage nach qualifizierten sowohl stationären als auch ambulanten Behandlungsangeboten, für deren Wirksamkeit es auch eine zunehmend bessere Evidenz gibt.

In medikamentöser Hinsicht werden im Wesentlichen Arzneimittel genutzt, die auch zur Behandlung von Psychosen, affektiven und Angststörungen eingesetzt werden. Die Wirkung ist sowohl nach klinischer Erfahrung als auch nach allen vorliegenden Studien allenfalls mäßig. Wesentliche Ausweitungen der Verordnungspraxis sind hier nicht zu erwarten. Auch spezifische Neuentwicklungen für diese Störungsgruppe sind nicht in Sicht.

Von erheblichem Interesse wären antiaggressiv wirksame Substanzen, so genannte "Serenika", deren Entwicklung aber bereits Ende des letzten Jahrtausends wegen nicht beherrschbarer Nebenwirkungen wieder aufgegeben wurde. Auch andere biologische Therapieverfahren stehen derzeit nicht zur Diskussion, so abschließend Professor Steinert.

### LITERATUR

Allgemein-verständliche Darstellung des Themas auf der Basis maßgeblicher Fachzeitschriften und einschlägiger Kongresse. Konkrete Hinweise auf Anfrage bei Prof. Dr. T. Steinert, ZfP Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg-Weissenau, E-Mail: [tilman.steinert@zfp-zentrum.de](mailto:tilman.steinert@zfp-zentrum.de)