

Behandlungsmöglichkeiten von Panikstörungen

Übersicht über den heutigen Erkenntnisstand

Ernst Hermann, Ruth Häusler, Catherine Operschall und Elian Hürlimann

Um dem niedergelassenen Arzt die Orientierung im Bezug auf die therapeutischen Möglichkeiten bei Panikstörungen zu erleichtern, sind in der vorliegenden Übersichtsarbeit die verfügbaren Metaanalysen zusammengefasst, welche pharmakologische und/oder psychotherapeutische Verfahren in Bezug auf ihre Wirksamkeit überprüfen.

Panikstörungen stellen ein relativ häufiges Krankheitsbild in der Praxis von Grundversorgern dar. «An der Front» ist dieser mit der Schwierigkeit konfrontiert, bei einer Vielzahl von Studien, die bald die Überlegenheit des einen gegenüber dem anderen Präparat, der einen gegenüber der anderen Methode belegen wollen, die Orientierung zu finden. Metaanalysen scheinen hierfür geeignet, weil sie eine systematische Synopsis von Einzelstudien ermöglichen. Metaanalysen erlauben es, Produkte, welche unterschiedlichen PatientInnen appliziert wurden und die von unterschiedlichen Produzenten stammen, miteinander zu vergleichen.

Zu diskutieren ist dabei, welche Parameter als Erfolgskriterium beigezogen werden – und in welchem Intervall. Eine Methode, welche zwar gut wirkt, jedoch von den meisten Patienten nicht vertragen und die Behandlung daher abgebrochen wird, erreicht nur einen kleinen Prozentsatz der Erkrankten. Von daher ist es unerlässlich, die Drop-outs mit einzubeziehen. Sie erlauben es, Hinweise über die Verträglichkeit einer Intervention zu gewinnen.

Eine weitere Frage bezieht sich darauf, wann über die Wirksamkeit geurteilt wird. Gleich am Ende der Behandlung oder erst nach einem Katamneseintervall? Wunsch der meisten Patienten (vor allem bei psychischen Er-

krankungen) ist es, sie mögen nicht lebenslang eine Behandlung benötigen. Von daher ist die Wirksamkeit bei Behandlungsende ein möglicher Erfolgsindikator, valider ist allenfalls jedoch der Erfolg nach einem Katamneseintervall von zu wählender Dauer.

Material und Methodik

Quelle: In die vorliegende Übersichtsarbeit eingegangen sind die verfügbaren Metaanalysen, welche pharmakologische und/oder psychotherapeutische Verfahren in Bezug auf ihre Wirksamkeit überprüfen (Tabelle 1).

Tabelle 1:

In die Untersuchung eingegangene Metaanalysen

Ruhmland & Margraf (2001)	51 Studien
Mitte (2005)	124 Studien
Bakker et al. (2002)	43 Studien

Statistik: Die Wirksamkeit von Behandlungen kann mittels Effektstärke ausgedrückt werden. Die Effektstärke (ES) ermöglicht es, unterschiedliche Methoden und Behandlungsbedingungen miteinander zu vergleichen (Formel siehe *Kasten*).

$$ES = \frac{\bar{x}_1 + \bar{x}_2}{\frac{S_1 + S_2}{2}}$$

Kommentar zu den Untersuchungen: Bei der pharmakologischen Behandlung wurden trizyklische Antidepressiva (TZA) und SSRI systematisch untersucht. Keine Metaanalysen liegen zu Benzodiazepinen vor. Worin dies begründet liegt, ist nicht direkt erkennbar. Möglich ist, dass Benzodiazepine deshalb nicht berücksichtigt wurden, weil eine Behandlung lege artis empfiehlt, diese nicht im Langzeitbereich zu applizieren. Andererseits ist das Fehlen von Benzodiazepinen deshalb bedauerlich, weil ja genau Benzodiazepine zu den am häufigsten verschriebenen Präparaten gerade bei Panikattacken gehören.

Ergebnisse

Effekte bei Behandlungsende

Tabelle 2a zeigt einen Überblick über die Behandlungseffekte von trizyklischen Antidepressiva und SSRI (dies im Vergleich zur Warteliste und Selbsthilfegruppen).

Tabelle 2a:

**Effektstärke bei Behandlungsende:
TZA und SSRI** (Bakker et al., 2002)

Trizyklische Antidepressiva	1,46
Imipramin	1,54
Clomipramin	2,22
Desipramin	0,08
SSRI	1,26
Fluvoxamin	1,45
Fluoxetin	1,25
Paroxetin	1,17
Citalopram	1,92
Sertralin	0,75
Kontrollbedingungen	
Warteliste	0,02
Selbsthilfegruppe	0,70

Tabelle 2b:

Effektstärke bei Behandlungsende: Psychotherapie

	Ruhmland & Margraf (2001)	Mitte (2005)
Verhaltenstherapie	1,25 (1)	1,33 (2)
Konfrontation in vivo	1,64	0,87
Kognitive Therapie	0,92	
Kognitiv-behaviorale Therapie	1,19	1,33
Gesprächspsychotherapie		0,87
Nondirektive Therapie	0,59	
Kontrollbedingung		
Warteliste	0,02	0,19
Selbsthilfegruppe		0,70

(1) Panik mit Agoraphobie; (2) Panik ohne Agoraphobie

Bei den Trizyklika zeigt sich, dass Clomipramin den grössten Effekt aufweist, Imipramin auch noch eine erhebliche Wirksamkeit und eine grosse Effektstärke erreicht. Einzig Desipramin zeigt kaum einen Effekt. Dies mindert denn auch das Wirkprofil der Trizyklika auf 1,46 Effektstärken. Bei den SSRI steht Citalopram an der Spitze, gefolgt von Fluvoxamin mit 1,45. Einen verhältnismässig tiefen Koeffizienten im Sinne von wenig Wirksamkeit erreicht Sertralin mit 0,75. Im Vergleich zur Warteliste und zur Selbsthilfegruppe handelt es sich hier um einen Effekt, der unbedeutend ist. Unmittelbar nach dem Behandlungsintervall kann somit sowohl für Trizyklika wie auch für SSRI ein relevanter Effekt belegt werden. *Tabelle 2b* zeigt die Effekte von psychotherapeutischen Verfahren.

Hier zeigt die Konfrontation in vivo den besten Effekt.

Die kognitiv-behaviorale Therapie zeigt in der Analyse 2005 etwas weniger deutliche Effekte als in der Übersichtsarbeit im Jahre 2001. Ein Effekt von 0,87 (gegenüber früher 1,19) ist nach wie vor relevant, jedoch gerade gegenüber dem Effekt der Selbsthilfegruppe nicht mehr beeindruckend. Als Methode der Wahl scheint hier die Konfrontation in vivo zu gelten. Sie erreicht mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 1,64 über mehrere Studien hinweg einen Effekt, der allenfalls von ausgewählten Trizyklika oder Antidepressiva erreicht wird.

Follow-up-Untersuchungen

Tabelle 3 zeigt die Effekte etwa sechs Monate nach Behandlungsende. Für medikamentöse Interventionen liegen keine Follow-up-Untersuchungen vor. Innerhalb der psychotherapeutischen Verfahren zeigt die Verhaltenstherapie mit der Konfrontation in vivo einen Effekt von 1,76, dieser liegt noch etwas über dem Effekt bei Behandlungsende. Auch die kognitive Therapie zeigt

Tabelle 3:

Effekte 6 Monate nach Behandlungsende

Verhaltenstherapie	
Konfrontation in vivo	1,76
Kognitive Therapie	0,98
Kognitiv-behaviorale Therapie	1,30
Gesprächspsychotherapie	
Nondirektive Therapie	1,10
Antidepressiva	
Trizyklika	keine Befunde
SSRI	keine Befunde
Kontrollbedingung	
Warteliste	0,10

beeindruckende Ergebnisse, einen Wert von 1,30 erreicht die kognitiv-behaviorale Therapie, die Kombination der beiden Methoden. Bemerkenswert ist hier, dass die nondirektive Therapie auf 1,10 angestiegen ist. Dies lässt vermuten, dass es sich hier um eine Methode handelt, die auch im Nachbehandlungsintervall Effekte zeigt.

Tabelle 4 zeigt die Effekte zwischen einem halben Jahr und zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung. Nur bei zwei Methoden liegen noch untersuchte Effekte vor. Die medikamentösen Massnahmen sind nicht untersucht, ebenso nicht die Gesprächspsychotherapie und die kognitive Therapie. Die Konfrontation in vivo zeigt mit einer Effektstärke von 3,23 ein beeindruckendes Ergebnis. Es scheint, dass vor allem im Konsolidierungsintervall, verhältnismässig lange nach Abschluss der

Tabelle 4:

Effekte zirka 0,5 bis 2 Jahre nach Abschluss der Behandlung**Verhaltenstherapie**

Konfrontation in vivo	3,23
Kognitive Therapie	keine Befunde
Kognitiv-behaviorale Therapie	1,46

Gesprächspsychotherapie

Nondirektive Therapie	keine Befunde
-----------------------	---------------

Antidepressiva

Trizyklika	keine Befunde
SSRI	keine Befunde

Kontrollbedingung

Warteliste	keine Befunde
------------	---------------

Behandlung, eine wesentliche Verbesserung stattfindet, die weit über das hinausgeht, was im Behandlungsintervall im engeren Sinne erreicht werden kann. Die kognitiv-behaviorale Therapie zeigt ein ähnliches Muster, jedoch mit weniger starkem Effekt. Einer leichten Verbesserung zum Zeitpunkt der Follow-up-1-Untersuchung (nach sechs Monaten) folgt eine weitere Verbesserung im Follow-up-2-Intervall. Bemerkenswert ist hier sicherlich, dass diese beiden Verfahren auch lange nach Abschluss der Behandlung noch einen Effekt aufweisen.

Verträglichkeit der Behandlungen

Die Verträglichkeit kann beispielsweise mittels Drop-out-Rate festgestellt werden. Diese wird von zwei verschiedenen Faktoren negativ beeinflusst: Entweder die verwendete Behandlung hat unangenehme Nebenwirkungen, die Patienten «steigen deshalb aus», oder aber die Reduktion der Symptome geht nicht im gewünschten

Tempo vor sich und die Behandlung wird deshalb abgebrochen. In beiden Fällen müsste somit von einer unbefriedigenden Behandlung gesprochen werden, weil die Betroffenen nicht zufriedengestellt werden konnten. *Tabelle 5* gibt einen Überblick über die Drop-out-Raten bei den unterschiedlichen Behandlungsbedingungen.

Die Konfrontation in vivo als eine eher «invasive» Behandlung (es wird hier ein rascher Anganstieg bewusst provoziert) zeigt eine Drop-out-Rate von 18,3 Prozent, etwa jeder 5. Patient bricht also diese Therapie ab. Etwas tiefer liegt die Drop-out-Rate bei der kognitiv-behavioralen Methode. Bei den Medikamenten ist anzufügen, dass Mitte nicht differenzierte, wieviele Drop-outs bei Trizyklika- und wie viele bei SSRI-Einnahme zu verzeichnen waren. Von daher wurde die mittlere Drop-out-Rate bei beiden angeführt. Bakker et al. konnten differenzierter zeigen, dass Trizyklika eine deutlich höhere Drop-out-Rate zeigen (jeder Dritte bricht ab) als SSRI. Diese weisen eine Verträglichkeit auf, die in etwa bei derjenigen der Konfrontation in vivo zu liegen kommt.

Diskussion

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass durch unterschiedliche Therapiemassnahmen nach einem Intervall aktiver Behandlung eine respektable Verbesserung erreicht werden kann. Diese liegt im Bereich eines starken Effektes sowohl für die Verhaltenstherapie, für TZA als auch für die SSRI. Dabei ist erkennbar, dass einzelne Verfahren resp. Substanzen aus den jeweiligen Gruppen den anderen überlegen sind. So weisen bei den TZA vor allem Clomipramin und Imipramin einen beeindruckenden Effekt auf, bei den SSRI sind dies Citalopram und Fluvoxamin. Bei der Verhaltenstherapie wiederum sind dies die Konfrontation in vivo und – etwas abgeschwächt – die kognitiv-behaviorale Therapie. Von daher lässt sich folgern, dass im akuten Intervall verschiedene Behandlungsformen Erfolg versprechend sind, also nach Verfügbarkeit gehandelt werden kann.

Wird für die Wirksamkeitsbeurteilung auch ein Katamneseintervall beigezogen, so lässt sich erkennen, dass für pharmakologische Therapien keine Aussagen mehr möglich sind. Deren Wirksamkeitsüberprüfung endet mit Abschluss der Behandlung. Für die kognitiv-behaviorale Therapie und vor allem für die Konfrontationstherapie konnte gezeigt werden, dass eine erhebliche Weiterverbesserung noch im Nachbehandlungsintervall stattfindet. Die Wirksamkeit dieser Verfahren kann somit auch über einen längeren Zeitraum als gesichert angesehen werden.

Die Drop-out-Raten zeigen, dass vor allem Trizyklika nicht unbedeutende Unverträglichkeitsreaktionen erkennen lassen. Jeder dritte Patient bricht die Behandlung ab, wenn er mit Trizyklika behandelt wird. Dies schmälert den vordergründig respektablen Behandlungseffekt doch massgeblich.

Tabelle 5:

Drop-out-Raten in Abhängigkeit von den Behandlungsmethoden

	Mitte	Bakker
Verhaltenstherapie		
Konfrontation in vivo	18,3 %	–
Kognitive Therapie	keine Befunde	–
Kognitiv-behaviorale Therapie	15,1 %	–
Gesprächspsychotherapie		
Nondirektive Therapie	keine Befunde	–
Antidepressiva		
Trizyklika	20,4 %	31 %
SSRI	20,4 %	18 %

Die fehlenden Katamnesedaten für die Behandlung mit Psychopharmaka sind insofern relevant, als dass dadurch wenige Aussagen auch über die Kosteneffektivität gemacht werden können. Von einer Behandlung ist zu fordern, dass sie eine an sich behandelbare Erkrankung innert eines nützlichen Intervalls verbessert und dieser Effekt auch über das aktive Behandlungsintervall hinaus andauert. Diese Aussage ist bei den medikamentösen Behandlungsmethoden zurzeit nicht gewährleistet. ■



*PD Dr. phil. Ernst Hermann
Privatdozent für Klinische Psychologie
und Psychotherapie an der Universität Basel
Psychiatrische Klinik Meissenberg, Zug*

als Co-Autorinnen haben mitgewirkt:

Ruth Häusler, lic. phil., Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Bern

Catherine Operschall, lic. phil., Abteilung für Rehabilitation, Kantonsspital Bruderholz, Basel-Land

Elian Hürlimann, cand. phil., Psychiatrische Klinik Meissenberg, Zug

Literatur:

Bakker A., van Balkon A.J.L.M., Spinhover P., Review article. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta analysis. Acta psychiatrica Scandinavica, 2002. 16: 163-167.

Mitte K.: Research report. A meta analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorders with and without agoraphobie. Journal of Affective Disorder, 2005. 88: 27-45.

Ruhmland A. und Margraf J.: Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Metaanalyse auf Störungsebene. Verhaltenstherapie, 2001. 11: 14-26.

Interessenskonflikte: keine

Das Beste

- ✓ beugt Entzündungen vor
- ✓ gesundes Zahnfleisch
- ✓ gegen Mundgeruch
- ✓ frischer Geschmack
- ✓ gegen Heiserkeit
- ✓ seit 100 Jahren
- ✓ gegen Aphthen
- ✓ hoch wirksam
- ✓ nachfüllbar



Schweizer Qualitätsprodukt; erhältlich in Apotheken und Drogerien