

Zur medikamentösen Behandlung generalisierter Angststörungen [CME]

Zusammenfassung: Generalisierte Angststörungen werden häufig verkannt und falsch behandelt. Psychotherapie ist wirksam, aber nicht überall und nicht leicht verfügbar. Eine Therapie mit Psychopharmaka ist leichter verfügbar und wird entsprechend häufiger angewendet. Es fehlen aussagekräftige Studien zum Vergleich der Wirksamkeit von Psychotherapie und Pharmakotherapie bzw. zu deren Kombination. Psychopharmaka sind nachweislich wirksamer als eine Behandlung mit Placebo. Nach einer aktuellen Netzwerk-Metaanalyse der publizierten Studien haben Duloxetin, Pregabalin, Venlafaxin und Escitalopram das beste Verhältnis zwischen Wirksamkeit und Verträglichkeit. Die Effektstärke ist jedoch nicht hoch. Im Aufklärungsgespräch mit den Patienten müssen daher Aspekte wie Wirkeintritt, Verfügbarkeit und Nachhaltigkeit der verschiedenen Therapieformen eingehend besprochen werden, ebenso wie die möglichen unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen. Die Präferenz des informierten Patienten ist ausschlaggebend.

Generalisierte Angststörungen (GA) äußern sich auch in körperlichen Symptomen wie Zittern, Herzrasen, Schwindel, Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, gastrointestinales Beschwerden, Atemnot sowie Konzentrations- und Schlafstörungen. Diese Symptome werden häufig fehlinterpretiert, und viele Betroffene werden nicht oder falsch behandelt. Anders als bei einer Panikstörung treten die Symptome einer GA nicht anfallsartig auf, sondern sind unterschwellig als Dauerzustand vorhanden. Meist können die Patienten mit GA nicht angeben, wovon sie eigentlich Angst haben. Sie werden durch ständige Sorgen gequält, dass ihnen oder ihren Verwandten etwas zustoßen könnte. Die GA wird formal (ICD-Klassifikation) von anderen Angsterkrankungen wie Panikstörungen, Agoraphobie, sozialer Phobie oder spezifischen Phobien abgegrenzt, wobei Überlappungen vorliegen können. Zudem besteht bei einem beträchtlichen Teil der Patienten auch eine Depression (1).

Die Lebenszeitprävalenz einer GA beträgt etwa 4%-6% (vgl. 2). Nach einer älteren britischen Untersuchung erfüllen 3% der Bevölkerung die Diagnosekriterien einer GA, von diesen wurden aber nur 8% korrekt diagnostiziert und behandelt (3). Der Schweregrad einer GA wird mit Hilfe spezieller Rating-Skalen erfasst. Am gebräuchlichsten ist die Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A; 4). Dabei erfolgt eine Fremdbewertung von 14 Symptomkomplexen, d.h. nicht durch den Patienten selbst. Für jedes Item werden zwischen 0-4 Punkte vergeben (maximale Punktzahl: 56). Ein Score < 18 bedeutet eine leichte, zwischen 18-24 eine mittelschwere und ab 25 Punkten eine schwere Angststörung.

Inhalt

Zur medikamentösen Behandlung generalisierter Angststörungen	25
Kein routinemäßiger Einsatz von Antibiotika bei akut exazerbiertem Asthma bronchiale	26
Das Antidepressivum Fluoxetin verbessert nicht die motorische Rehabilitation nach einem Schlaganfall	27
TIA und kleinere ischämische Insulte: günstige Nutzen-Risiko-Relation einer kurzfristigen dualen Plättchenhemmung	28
Eine Studie zur verkürzten Therapie bei Rifampicin-resistenter Tuberkulose	29
Trichomoniasis bei Frauen: Einmaldosis Metronidazol weniger wirksam als 7 Tage Behandlung	30
Potenziell ungeeignete Arzneimittel bei älteren Patienten: aktualisierte Beers-Liste	31
Leserbrief: Unabhängigkeit von Leitlinien-Autoren gefordert	32

Dosisangaben ohne Gewähr.

Eine Behandlungsindikation ergibt sich bei der GA in erster Linie aus dem subjektiven Leidensdruck, dem Grad der psychosozialen Einschränkungen und einer Komplikation wie etwa einem Missbrauch von psychoaktiven Substanzen. Ziele der Therapie sind u.a.: Lindern der Symptome, Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Funktionen, Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Erhalten einer Remission (1).

Es gibt zwei etablierte Behandlungsoptionen: Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie) und Pharmakotherapie (vgl. 2). Laut der S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“ von 20 Fachgesellschaften und Interessenverbänden aus dem Jahre 2014 (1) soll Patienten mit GA entweder eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie angeboten werden (sog. „Patientenorientierte Behandlung“; Evidenz-/Empfehlungsgrad Ia/A = Evidenz aus einer Metaanalyse mit mindestens 3 RCT/„Soll“-Empfehlung). Hier wird also keine Präferenz ausgesprochen. Bei der Auswahl der Therapie soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Aufklärungsgespräch sollen Aspekte wie Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen, Verfügbarkeit, Zeitaufwand und Kosten erörtert werden. Bei begleitenden psychischen Erkrankungen, wie Depression, Alkohol- oder Tablettenabhängigkeit, ist die Therapie danach auszurichten.

Die Psychotherapie ist im Gegensatz zur Pharmakotherapie nicht überall leicht verfügbar. Somit sind Psychopharmaka – ob zu Recht, ist unklar – derzeit die häufigere Erstlinien-Behandlung der GA. Viele Psychopharmaka wurden in