

Giovanni A. Fava

Antidepressiva absetzen

Anleitung zum personalisierten Begleiten
von Absetzproblemen



 **Schattauer**

Giovanni A. Fava

Antidepressiva absetzen

Anleitung zum personalisierten Begleiten
von Absetzproblemen

Übersetzt und mit einem Geleitwort
versehen von Dr. Wulf Bertram

Prof. Giovanni A. Fava
Università di Bologna
Departimento di Psicologia
viale Berti Pichat 5
IT – 40127 Bologna (Italy)
giovanniandrea.fava@unibo.it

Besonderer Hinweis

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe

Schattauer
www.schattauer.de
© Giovanni A. Fava

»Discontinuing Antidepressant Medications« was originally published in English in 2021. This translation is published by agreement with Oxford University Press. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH is solely responsible for this translation from the original work and Oxford University Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon.

© 2023 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von Dóra Bíró /iStock
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten
Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg
Lektorat: Volker Drücke
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani
ISBN 978-3-608-40149-3
E-Book ISBN 978-3-608-11913-8
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20621-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zum Geleit

Der einfachste Weg, Absetzsymptome von Antidepressiva zu vermeiden, wäre, sie gar nicht erst zu verschreiben. Wobei das in vielen Fällen ohnehin die bessere Idee ist.

Aber der Reihe nach. Denn wahr ist auch, dass Antidepressiva lebensrettende Medikamente sind. Der Berufsverband der psychiatrischen Disziplinen schätzt, dass bei 30–70% der jährlich konstant um 10 000 schwankenden Suizide (vor Corona!) eine Depression zugrunde lag. Dass solche Selbsttötungen durch eine rechtzeitige und fachgerechte Gabe von Antidepressiva verhindert werden können, ist wahrscheinlich. Wie viele Leben dadurch gerettet werden, kann nur spekuliert werden.

Doch Antidepressiva haben ihren Wert nicht nur in solchen existenziellen Situationen. An Depressionen litten 2022 in Deutschland 11,3% der Frauen und 5,1% der Männer (AOK Bundesverband). Insgesamt waren im Laufe eines Jahres 8,2% der deutschen Bevölkerung neu erkrankt, das entspricht 5,3 Mio. der Bundesbürgerinnen und -bürger. Was diese Krankheit für die betroffenen Individuen bedeutet, muss man entweder selbst erfahren haben oder kann es aus den zahlreichen, auch literarischen Schilderungen von Betroffenen erfahren: Der niederländische Psychiater Piet C. Kuiper, selbst Psychiater, war der Erste, der sich outete und in seinem Buch »Seelenfinsternis« (1992) die Innenwelt eines depressiven Menschen schilderte: Bodenlose Einsamkeit, grundlose, quälende Schuldgefühle, völlige Unfähigkeit, sich über irgendetwas auf dieser Welt zu freuen, bis hin zu dem Gefühl, ein wandelnder Toter zu sein, kennzeichnen Stimmung und Erleben depressiver Menschen.

Kuiper verordnete sich damals selbst einen MAO-Hemmer als Antidepressivum. Er wurde wieder gesund, aber es kann nicht sicher geschlossen werden, ob das Medikament, vor dem er zuvor selbst stets gewarnt hatte, tatsächlich half oder ob die Besserungen, die sich einstellten, auf der Tatsache beruhte, dass alle Depressionen irgendwann ohnehin abklingen. Aber dann auch wieder rezidivieren können.

Die Auswahl der Antidepressiva war zu Kuipers Zeit noch sehr überschaubar. Inzwischen zählen die Websites der Apotheken mindestens 20 verschiedene Präparate auf. Das ist die Klaviatur, auf der Psychiater:innen spielen müssen. In den 1990er-Jahren gab es einen Innovationsschub mit der Entwicklung von reversiblen MAO-Hemmern, Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und wenig später von Noradrenalin-Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (NSRI). Diese Gruppe von Medikamenten zeigte einige Vorteile gegenüber den bis dahin marktbeherrschenden Trizyklika (TZA). Diese machten vielen Patient:innen mit erheblichen Nebenwirkungen zu schaffen, wie starke Mundtrockenheit, Herzrasen, Obstipation, Harnverhaltung, Herzrhythmusstörungen und orthostatische Dysregulation.

Die meisten der TZA waren bereits in den 1980er-Jahren aus dem Patentschutz gelaufen und nicht mehr von großem ökonomischen Interesse für die Pharmafirmen, obwohl sie in Klinik und Praxis noch regelmäßig und durchaus erfolgreich angewandt

wurden. Die Entdeckung, dass es möglich war, mit bestimmten Substanzen die Inaktivierung des Neurotransmitters Serotonin im synaptischen Spalt zu verhindern und dadurch dort dessen Konzentration zu erhöhen, führte zum Design einer Vielzahl von neuen Medikamenten, die auf diesem Prinzip beruhten. Sie leiteten einen neuen Therapie- und Pharmaboom ein. Da der Wirkungsmechanismus bei allen SSRI letztlich gleich war, musste die Pharmaindustrie bei ihrem Marketing viel Fantasie entwickeln, um mögliche Alleinstellungsmerkmale oder wenigstens Wirkungsschwerpunkte herauszustellen.

Da wurde beispielsweise 1990 ein Antidepressivum eingeführt, das angeblich auch besonders gegen die soziale Phobie wirken sollten, und – Welch Zufall! – kurz zuvor war eine neue Diagnose »generalisierte soziale Phobie« in das DSM-III (1987) aufgenommen worden. Eine andere strategische Meisterleistung einer Pharmafirma bestand darin, ein »Sisi-Syndrom« zu inaugurieren, benannt nach Kaiserin Elisabeth von Österreich und Ungarn. Sisi soll im Wesenskern depressiv gewesen sein, hätte ihre Krankheit aber perfekt mit betonter Lebhaftigkeit, wilden Ausritten, weiten Reisen und der Produktion von Gedichten im Stil von Heinrich Heine kompensieren und kaschieren können. Das Sisi-Syndrom schaffte es zwar nicht in die offiziellen Diagnoseklassifikationen, wurde aber in der Laienpresse begierig aufgegriffen. Es weckte Hoffnungen besonders bei Patientinnen, die vielleicht überfordert und mit ihrem Leben unzufrieden, aber bemüht waren, eine perfekte und attraktive Fassade aufrechtzuerhalten. Auch deren Ärztinnen und Ärzte schienen froh zu sein, diesem »undankbaren Patientengut« etwas scheinbar Maßgeschneidertes anbieten zu können. Das entsprechende Antidepressivum erlebte einen Höhenflug. Ob es nicht besser gewesen wäre, wenn die betroffenen Patientinnen eine professionelle psychologische Beratungen aufgesucht oder eine Psychotherapie begonnen hätten, steht auf einem anderen Blatt.

Eine mächtige, von der Pharmaindustrie lancierte und finanzierte »Fortbildungswelle« – mit Tagungen und Workshops auf griechischen Inseln, in Sternerrestaurants, Weltkulturerbe-Locations, Medici-Villen, Unikliniken, auf Satellitensymposien bei großen Psychiatriekongressen und weiteren attraktiven Destinationen – rollte über das Land. Psychiatrische Ordinarien und Chefärzte großer Landeskrankenhäuser (im Teilnehmerjargon »Leihmäuler« genannt) priesen auf Kongressen und »Fortbildungsreisen« die neuen Medikamente, betonten deren Spezialitäten, mit denen sie sich scheinbar von anderen abhoben, wiesen auf ihre geringen Nebenwirkungen hin, präsentierten Mengen von PowerPoint-Folien mit Studien, in denen das jeweilige Medikament anderen und Placebo ohnehin überlegen gewesen war. Parallel dazu schwärmten die Pharmareferenten aus und besuchten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, teilten ihre Empfehlungen, Hochglanzprospekte und nicht nur Kugelschreiber aus. Auch in der Laienpresse und in reißerischen Buchpublikationen wurden die SSRI als Sensation vorgestellt, zum Teil sogar als Glücksspiele (Prozac). Dadurch entstand auch von Seiten der Patient:innen Druck auf die Mediziner:innen, diese Wundermittel zu verschreiben. Und es funktionierte. Das Verordnungsvolumen stieg deutlich und stetig an. Während 2006 bei berufstätigen Erwachsenen noch 12,8 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet wurden, waren es 2021 25,8 Tagesdosen je Versicherungsjahr. Das

sind stattliche 101,3% mehr als zu Beginn der Erhebung (Quelle: Gesundheitsreport der Techniker-Krankenkasse). Inzwischen schluckt jede:r achte bis zehnte Patient:in in Deutschland Antidepressiva (oder bekommt sie zumindest verschrieben).

In der psychiatrischen und epidemiologischen Literatur wird seit Jahren diskutiert, ob die Depression als Krankheit zugenommen hat oder ob sie nur früher und häufiger diagnostiziert wird, weil sowohl die Ärztinnen und Ärzte als auch die Betroffenen besser informiert sind und die Patient:innen sich eher trauen, professionelle Hilfe aufzusuchen und weniger ein Tabu aus ihrem Leiden machen. Wahrscheinlich stimmt beides, innerhalb der Wachstumsrate mag eine tatsächliche Zunahme neuer depressiver Erkrankungen enthalten sein. Aber ein so steiler Anstieg der Verschreibungen lässt sich nicht allein dadurch erklären. Die Depression ist keine ansteckende Infektionskrankheit, die sich epidemieartig von Mensch zu Mensch ausbreitet. Demnach kann diese Steigerungsrate nur bedeuten, dass reichlich Antidepressiva verschrieben werden, die fehlindiziert sind. Die tatsächlich geringen Nebenwirkungen der SSRI und NSRI führen nicht zu Adhärenz-Problemen, sondern erlauben auch den Patient:innen, die ein Antidepressivum eigentlich nicht nötig hätten, es über längere Zeiträume problemlos einzunehmen. Den meisten Menschen geht es nach einer Krise im Berufsleben oder Partnerschaft mit einem nachfolgenden Stimmungstief ohnehin irgendwann besser, egal ob sie Antidepressiva oder Emser Pastillen eingenommen haben.

Mittlerweile wackelt zudem das gesamte Hypothesengebäude um die SSRI und NSRI-Wirkungen. Metaanalysen einschlägiger Studien haben beispielsweise gezeigt, dass die Konzentration dieser Botenstoffe an den angenommenen Wirkorten sich bei Depressiven und Gesunden nicht unterscheidet. Irgendwie helfen Antidepressiva aber offensichtlich dennoch bei Depressionen, und das nicht nur über einen Placeboeffekt. Nur weiß niemand genau, wie. Der schöne, scheinbar elegant zu erklärende Mechanismus der Serotoninwiederaufnahmehemmung lässt sich jedenfalls als Ursache für eine Besserung nicht mehr aufrechterhalten.

Was dabei aber fast völlig unter den Tisch gefallen ist, sind die Probleme, die beim Absetzen der Antidepressiva auftreten können bzw. bei manchen schon fast die Regel sind. Nun wird man sich nicht wundern, dass die Pharmaindustrie bei ihren tatkräftigen Kampagnen für die Zulassung ihrer Präparate und Verbreitung nicht gleich mit kommuniziert hat, wie man diese Medikamente am besten wieder loswird. Zum Teil ist ihr das auch nicht vorzuwerfen, denn bei der Einführung mag es noch kaum Daten über Absetzprobleme gegeben haben. Außerdem sollten die Medikamente nach damaliger Auffassung lange verabreicht werden, weswegen die Aufmerksamkeit für Absetzercheinungen erst nach einer höheren Latenz wachsen konnte.

Inzwischen gibt es zwar immer noch nicht viele Daten, dafür aber mehr als reichlich klinische Beobachtungen und Erfahrungen dazu. Doch wo und wem sind sie zugänglich? In einem Beitrag der »Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL)S3« mit dem Titel »Unipolare Depression – was ist wichtig für die hausärztliche Praxis?« suchen Sie die Begriffe »Absetzen« oder »Absetzsyndrome« vergeblich. Nota bene: Hausärztinnen und Hausärzte sind die Ansprechpartner, Verschreiber und Langzeitbetreuer für die Patientinnen und Patienten, wenn sie nach der Initialbehandlung bei einem Psychia-

ter langfristig ein Antidepressivum einnehmen. Und sie sind es auch, die dann als Erste mit Beschwerden im Zusammenhang mit der Reduzierung (im Fachjargon »tapering«) oder dem Absetzen konfrontiert werden.

Immerhin gibt die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) ein »Patientenblatt« zum Thema heraus: »Depression – Antidepressiva – Was ist beim Absetzen zu beachten?«. Ebenso wichtig wäre allerdings ein »Ärzteblatt«, da in der gesamten Berufsgruppe meist entsprechende Erfahrungen und Kenntnisse fehlen.

Es ist also höchste Zeit, dass eine Monographie zu diesem Thema erscheint, und es ist dem italienischen Psychiater Professor Giovanni Andrea Fava zu danken, dass er dieses weltweit erste Buch dazu geschrieben hat. Fava absolvierte seine medizinische Aus- und Weiterbildung in Italien und den USA und war seit 1997 Professor für klinische Psychologie an der Universität von Bologna, seit 1999 zusätzlich klinischer Professor für Psychiatrie an der School of Medicine der University at Buffalo/New York. 30 Jahre lang war er Herausgeber der führenden internationalen Fachzeitschrift »Psychotherapy and Psychosomatics«. Schon früh gründete er in Bologna eine Arbeitsgruppe zum Thema des Taperings und des Absetzens von Antidepressiva. Mit seinem Team und auch persönlich betreute er selbst Patient:innen, die unter Absetzsyndromen litten. Das ist laut Favas Erfahrungen jede/r zweite. Im vorliegenden Buch beschreibt er eine Reihe von Fällen, die einen fatalen Verlauf hätten nehmen können, weil die Absetzsymptomatik nicht als solche erkannt wurde. Stattdessen erhielten die Patient:innen eine Behandlung gegen die Beschwerden, die als unbekannte neue, eigenständige Krankheit interpretiert wurden, was zu einer Polypharmazie mit entsprechenden medizinischen Problemen führte.

Überhaupt hat Fava ein Faible für Fallbeispiele. Sein letztes Buch »Nicht krank ist nicht gesund genug« (Schattauer 2022) ist eine anregende Sammlung von Kasuistiken aus seinem Praxisalltag. Auch im vorliegenden Buch greift er immer wieder auf die Schilderung von Fällen aus seiner eigenen Praxis zurück. Neben dem didaktischen Wert der Schilderung von »erlebten« Therapieepisoden wird ein weiteres Anliegen deutlich: nämlich die Behandlung nicht vorrangig an Leitlinien von Fachgesellschaften zu orientieren. Seine Skepsis gilt zum einen ihrem Zustandekommen: Inwieweit waren Vertreter von Interessengruppen und der Industrie daran beteiligt? Zum anderen beruhen sie auf statistischen Studien wie RCTs (Randomized controlled trials), die letztlich nur einen »durchschnittlichen Patienten« abbilden können (von dem Fava anderenorts gesagt hat, er habe ihn in seiner Praxis noch nie angetroffen). Kontinuierliche und persönliche klinische Erfahrungen auf einer soliden Basis wissenschaftlicher Kompetenz sind für Fava eine unersetzliche Voraussetzung für eine patientengerechte Behandlung.

Nun geht es Fava aber nicht nur darum, die fehlenden oder unzureichenden Kenntnisse im Zusammenhang mit dem Absetzen von Antidepressiva zu vermitteln. Vehement plädiert er auch gegen die Vergeudung von Ressourcen durch die Über- und Fehlversorgung mit Antidepressiva. Das betrifft nicht nur die Ausgaben für diese selbst, sondern es entstehen ja weitere Kosten durch die medizinischen und psychischen

Absetzkomplikationen, ganz abgesehen von dem Gesundheitsrisiko und der massiv beeinträchtigten Lebensqualität der betroffenen Patient:innen. Wenn man von den verfügbaren Statistiken ausgeht (in denen, wie gesagt, die Corona- Auswirkungen noch gar nicht ausreichend berücksichtigt sind), dass tatsächlich etwa jede:r zehnte Erwachsene in Deutschland Antidepressiva einnimmt, so wären das etwa 7 Millionen. Und wenn nach Favas Erfahrungen die Hälfte davon manifeste Absetzsymptome hat, müssten 3–4 Millionen Patientinnen und Patienten davon betroffen sein.

Die Evidenz, dass Psychotherapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen ebenso wirksam ist wie die Verordnung von Antidepressiva, ist eindeutig, nur hat sich das in der Versorgung bei weitem noch nicht niedergeschlagen. Bei Patient:innen, die unter zeitweiligen Stimmungstiefs, Schlaf- oder Konzentrationsstörungen, Lustlosigkeit und mangelndem Selbstvertrauen leiden, mögen ihre Hausärzt:innen korrekterweise eine mittelschwere Depression (ICD 32.1) diagnostizieren. Und dann? Wenn sie ihnen dann eine Liste mit niedergelassenen Psychotherapeut:innen übergeben, bei denen sie es »mal versuchen« sollen, schicken sie ihre Patient:innen der Regel auf eine monatelange Telefontour und/oder Warteliste. Und ist es dann verwunderlich, wenn empathische Ärztinnen oder Ärzte sie nicht mit leeren Händen nach Hause schicken mögen, sondern ihnen »wenigstens« eines von diesen modernen, eben als nebenwirkungsarm und risikolos gepriesenen Antidepressiva verschreiben? Der Gedanke an potenzielle gravierende Absetzsymptome liegt dann ja erst mal noch in weiter Ferne, sofern er überhaupt in Erwägung gezogen wird.

Ende der 1990er-Jahre entwickelte Giovanni Fava mit der Well-Being-Therapie (WBT) eine manualisierte niederschwellige Kurzzeittherapie, die acht Sitzungen umfasst. Ziel ist die Förderung der Resilienz der Patient:innen, vor allem im Anschluss an eine stationäre psychiatrische Behandlung oder als Krisenintervention. Seine Erfahrungen mit Menschen, die unter Absetzsyndromen litten und bis zur endgültigen Einstellung der psychopharmakologischen Behandlung eine verlässliche psychologische Begleitung brauchten, gingen in die Entwicklung dieser Therapie mit ein. Im vorliegenden Buch stellt Fava die WBT als einen frühen präventiven Ansatz bereits zu Beginn des Taperings vor.

Virchow schrieb 1848, Politik sei »weiter nichts als Medizin im Großen«. In einer solchen Wechselbeziehung wäre die Politik ihrerseits in der Pflicht, »therapeutische« Eingriffe in Fehlentwicklungen der gegenwärtigen Praxis der Medizin zu leisten. Eine davon ist zweifellos die Kostenexplosion durch die exzessive Verschreibung von vielfach fehlindizierten Antidepressiva mit deren Folgekosten durch behandlungsbedürftige Absetzerscheinungen. In erster Linie geht es zweifellos darum, vermeidbares Leid und verhängnisvolle Spätfolgen bei den Betroffenen zu verhindern. Es handelt sich aber mittlerweile auch um ein Kostenproblem von erheblichem volkswirtschaftlichen Ausmaß.

Statt der Solidargemeinschaft stillschweigend die Kosten für eine solche Fehlversorgung zuzumuten, gäbe es sinnvollere Möglichkeiten, die Mittel einzusetzen. Sie sind ja offensichtlich reichlich vorhanden, wie man aus den bisher nonchalant tolerierten exorbitanten primären und sekundären (Behandlungskosten der Absetzsympto-

men) Ausgaben für Psychopharmaka schließen kann. Da wir nun mal evidenzbasiert wissen, dass bei leichten bis mittelschweren Depressionen Psychotherapie ebenso wirksam ist wie psychopharmakologische Behandlungen, wären die gesundheitsökonomischen Ressourcen besser in die psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung und die Erleichterung der Niederlassung junger Psycholog:innen sowie Ärztinnen und Ärzte investiert.

Auch Psychotherapien sind nicht immer erfolgreich, aber wie eine Reihe von Studien zeigt, tritt oft bereits nach 4–20 Stunden eine Besserung ein. Über langwierige, schädliche, schwer zu kontrollierende und quälende Absetzsyndrome bräuchten wir uns bei ausreichenden Angeboten an psychotherapeutischen Leistungen jedenfalls keine Gedanken zu machen.

Geleitworte schließen oft mit dem Satz: »Dem vorliegenden Buch ist eine weite Verbreitung zu wünschen.« Eine originellere Formulierung fällt mir hier auch nicht ein. Fest steht: Favas Buch könnte wirklich eine vernünftige und notwendige Wende in der Verordnung und Handhabung von Antidepressiva einleiten.

In diesem Sinne kann der etwas abgegriffene Geleitwortwunsch nach der »weiten Verbreitung« bei diesem Werk nur mit vollkommener Überzeugung bekräftigt werden.

Stuttgart, im März 2023
Wulf Bertram

Inhalt

1	Zugang zum Problem	13
	Das Aufkommen der Antidepressiva der zweiten Generation	15
	Erkenntnisse aus einer klinischen Untersuchung	16
2	Die klinischen Manifestationen des Entzugs nach dem Absetzen von Antidepressiva	20
	Die klinischen Manifestationen des Entzugs	22
	Definition der klinischen Phänomene nach dem Absetzen von Antidepressiva	25
	Die qualitative Erfahrung des Entzugs	28
3	Die klinischen Manifestationen der Verhaltenstoxizität	31
	Assoziierte klinische Manifestationen von Entzugsreaktionen	32
	Die Konzepte der Verhaltenstoxizität und der iatrogenen Komorbidität	38
4	Zum Verständnis der Pathophysiologie von Entzugssyndromen	44
	Das oppositionelle Modell der Toleranz	45
	Implikationen für die Langzeitfolgen von Depressionen	48
	Genesung als Einbahnstraße	49
5	Die Entscheidung zum Absetzen von Antidepressiva	53
	Konzeptionelle Hindernisse für eine rationale Verschreibung und Absetzung von Medikamenten	54
	Die klinischen Situationen	55
	Die Bedeutung der klinischen Beurteilung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung	59
6	Das Setting für das begleitete Absetzen von Antidepressiva	63
	Ein neues Modell einer Ambulanz für affektive Störungen	64
	Der klinisch-pharmakologische Dienst	66
	Auf der Suche nach einem Platz in der Gesundheitsversorgung	67
7	Die Bedeutung der klinischen Bewertung	70
	Behandlungsanamnese und Staging	71
	Bewertung der aktuellen Situation und Makroanalyse	74
	Bewertung von affektiven Symptomen und Entzugserscheinungen während des Taperings und nach dem Absetzen von Antidepressiva	79
	Umsetzung der Bewertung in eine klinische Entscheidung	81

8	Pharmakologische Strategien und Optionen	85
	Der Aufbau und die Abfolge der Interventionen	88
	Methoden des Absetzens und pharmakologische Ansätze	90
	Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten	94
	Monitoring und Steuerung des klinischen Verlaufs nach dem Absetzen	95
	Nicht nur ein Medikamentencheck	96
9	Erstes psychotherapeutisches Modul: Erklärende Therapie	100
	Erklärende Therapie	101
	Vorwärts gehen	104
10	Zweites psychotherapeutisches Modul: Kognitiv-behaviorale Therapie	106
	Kognitiv-behaviorale Therapie als zweites Modul	108
	Kognitive Verhaltenstherapie als erstes Modul	110
	Ein Ausblick	111
11	Drittes psychotherapeutisches Modul: Well-Being-Therapie	114
	Veränderung des Behandlungsziels: Well-Being-Therapie	115
	Die Bedeutung von Nachuntersuchungen	120
12	Prävention von Abhängigkeit und Entzug mit antidepressiven Medikamenten ...	124
	Reduzierung der Erstverschreibungen	125
	Einbeziehung der iatrogenen Perspektive in klinische Entscheidungen	127
	Verkürzung der Behandlungsdauer	130
	Über fehlende Erziehung und die Notwendigkeit einer Gegenkultur	131
13	Eine andere Psychiatrie ist möglich	135
	Die Krise der Psychiatrie als medizinische Disziplin	136
	Leitfaden für eine klinische Revolution	139
	Falldarstellung	143
	Schlussfolgerungen	146
	Sachverzeichnis	149

1 Zugang zum Problem

Als ich vor über 40 Jahren meine psychiatrische Weiterbildung in Italien begann, war die Depression die psychiatrische Störung, die meine Aufmerksamkeit am meisten auf sich zog. 1980 entschloss ich mich, in die USA zu gehen, um dieses Interesse intensiv zu verfolgen – zuerst nach Albuquerque, New Mexico, und dann nach Buffalo, New York State. Dort wurde mir angeboten, eine Abteilung für Depressionen aufzubauen. Ich war davon überzeugt, dass die Depression im Wesentlichen eine episodische Störung wäre, dass es wirksame Mittel zu ihrer Behandlung gibt (Antidepressiva) und dass eine Chronifizierung im Wesentlichen die Folge einer unzureichenden Diagnostik und Behandlung wäre. Wenn ich heute an meine damaligen Überzeugungen denke, wundere ich mich über meine Naivität und klinische Blindheit, wobei diese Ansichten ja damals von praktisch allen Experten auf diesem Gebiet geteilt wurden. Inzwischen haben wir erkannt, dass die Depression im Kern eine chronische Erkrankung ist, mit mehreren akuten Episoden im Verlauf (1).

Als ich in den USA arbeitete, hatte ich tatsächlich eine begrenzte Sicht auf diese Störung (ich untersuchte Patienten, während sie im Krankenhaus waren, hatte aber keine Ahnung, was mit ihnen passierte, wenn sie nach Hause kamen). Als ich mich jedoch Ende der 1980er-Jahre entschloss, nach Italien zurückzukehren und an der Universität Bologna eine Klinik mit der Möglichkeit zur Langzeitbetreuung von Patienten aufzubauen, sah die Sache anders aus. Die Patienten, denen ich Antidepressiva verordnete und von denen ich dann annahm, dass sie vollständig geheilt wären, litten nach einiger Zeit wieder unter Depressionen. Was lief falsch?

Inzwischen weist eine zunehmende Zahl von Studien darauf hin, dass die medikamentöse Behandlung von Depressionen nicht alle Probleme löst und trotz deutlicher Besserung erhebliche Residualsymptome bestehen bleiben (2). Diese Symptome umfassten insbesondere Angst und Reizbarkeit und bedeuteten insgesamt eine Verringerung der Funktionsfähigkeit. Die meisten dieser Restsymptome waren auch in der Prodromalphase der Erkrankung vorhanden gewesen und konnten dann zur Prodromalsymptomatik des Rückfalls werden (2). In den 1990er-Jahren habe ich daher eine Behandlungsstrategie entwickelt, die sich von den damals üblichen Ansätzen unterschied: das sequenzielle Modell (3). Es war ein intensiver, zweistufiger Ansatz, zu dem eine psychotherapeutische Behandlung gehörte, um so Symptome zu verbessern, die durch eine pharmakologische Therapie allein nicht beeinflusst werden konnten. Voraussetzung für diesen Ansatz war, psychotherapeutische Strategien dann einzusetzen, wenn sie am wahrscheinlichsten den entscheidenden und erkennbaren Beitrag zum Wohlbefinden des Patienten leisten und eine weitgehendere Genesung bei der

Behandlung von Restsymptomen erreichen würden (3). Dieser sequenzielle Ansatz unterschied sich von Erhaltungsstrategien zur Verlängerung der klinischen Effekte, die durch Therapien akuter Episoden erzielt worden waren, sowie von Augmentations- oder Ersatzstrategien, wenn die primären Behandlungsstrategien nicht angesprochen hatten.

In den 1990er-Jahren habe ich zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) geplant und durchgeführt, die auf dieses sequenzielle Modell der Depressionsbehandlung abzielten: akute episodenzugewandene Pharmakotherapie, gefolgt von einer modifizierten Form der kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zum üblichen klinischen Management. Letzteres bedeutete, dass dem Patienten zwar die gleiche Zeit gewidmet wird, aber keine spezifischen Interventionen angewendet oder Hausaufgaben gestellt werden, während die Antidepressiva reduziert oder abgesetzt wurden (4, 5). Die verwendeten Medikamente waren hauptsächlich trizyklische Antidepressiva (TZAs). Nach der Einführung von TZAs waren nach dem Absetzen dieser Medikamente bald Entzugerscheinungen beobachtet worden (6), und mir wurde klar, dass sie im Rahmen des Ausschleichens oder nach dem Absetzen der Medikamente auftreten könnten (7). Ausgehend von meiner klinischen Erfahrung hatte ich folgendes Protokoll entwickelt: Alle zwei Wochen wurden die Antidepressiva so langsam wie möglich reduziert. Kam es bei einem Patienten beispielsweise mit 150 mg Amitriptylin zur Remission, wurde das Medikament alle zwei Wochen um 25 mg reduziert, bis es ganz abgesetzt wurde. Alle zwei Wochen führte ich auch eine Psychotherapiesitzung durch, bei der ich die Unterbrechung der medikamentösen Therapie überprüfen konnte. Ich habe alle 88 Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, persönlich behandelt (4, 5); nur in acht Fällen wurde die Reduzierung aufgrund einer erneuten Manifestation eines depressiven Zustands unterbrochen. Bei sechs Patienten war das Absetzen der TZA einige Monate später nach Abschluss dieser Studie erfolgreich.

Ich hatte die Patienten angewiesen, mich anzurufen, wenn sie eine »Stufe« (einen qualitativen Unterschied zum psychischen Zustand bei der vorherigen Dosierung) wahrnehmen würden. In keinem Fall wurden Entzugerscheinungen beobachtet. Damals schien es daher unwahrscheinlich, dass Antidepressiva beim Ausschleichen oder Absetzen eine Abhängigkeit und Entzugerscheinungen hervorrufen könnten.

In einer anderen Studie, die ich damals durchführte (8), reduzierten wir schrittweise die medikamentöse Therapie von 20 Patienten mit Panik und Agoraphobie, die bisher erfolgreich mit einem Standard-Verhaltensprotokoll und mit Benzodiazepinen (BZ) behandelt worden waren, und beendeten sie schließlich. Die Idee hinter der Studie war, Entzugerscheinungen in einem Kontext zu analysieren, der nicht durch das Wiederauftreten von Angststörungen kontaminiert war. Ein erfolgreiches Absetzen wurde bei 16 Patienten erreicht, aber bei 13 Patienten traten Entzugerscheinungen auf. Bei vier weiteren Patienten konnte das Absetzen nicht fortgesetzt werden. Zu diesem Zeitpunkt war mir klar, dass TZAs und BZs in ihrem Suchtpotenzial sehr unterschiedlich sind.