Gewalt und Extremismus

Noch unter dem Eindruck der Anschläge von Paris am 13. November 2015 warnte die DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth davor, extremistische Attentäter zu psychiatrisieren und deren Taten als die von Wahnsinnigen zu brandmarken. „Schwere Gewalttaten sind nur selten auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen. Die Täter wissen meist sehr genau, was sie tun, und kennen die Folgen ihres Handelns. Der Reflex, Radikalismus allein auf die individuelle Pathologie der Täter zurückzuführen, greift zu kurz“, sagte Hauth. Sie sieht vor allem in der sozialen Umgebung der Täter Ursachen. „Radikale Täter fühlen sich oft ausgeschlossen und benachteiligt.“ Es sei daher auch Aufgabe der Gesellschaft, Ausgrenzung zu vermeiden.

Genau zu differenzieren hält der Psychiater Professor Henning Saß aus Aachen ebenfalls für wichtig. Bei spektakulären Attentaten psychisch Kranker auf Prominente und Politiker, etwa auf Wolfgang Schäuble und Oskar Lafontaine 1990, hätten die Täter oft paranoide Wahnvorstellungen entwickelt. Politisch motivierte Attentäter hätten dagegen keine gestörte Psyche, sondern ein abweichendes Wertgefühl. „Sie stellen ihr eigenes Wertgefühl über das anderer. Das hat mit Krankheit nichts zu tun, das ist eine bewusste Entscheidung“, sagte Saß. Allerdings kann diese Entscheidung nicht losgelöst von der Persönlichkeit der Täter begriffen werden. Saß sieht Persönlichkeitsfehlentwicklungen am Werk, etwa eine Fixierung des Denkens und des Handelns, die sich in fanatisch-querulatorischem Verhalten äußert, begünstigt durch Egozentrismus und Rigidität, erlebte Kränkungen, Aggressionen und Gewalt, sowie ein Bedürfnis nach Erregung, wie es etwa bei Hooligans zu beobachten ist. Zusammen mit einem entsprechenden psychologischen Klima gebe dies dann einen explosiven Mix, aus dem Radikalität entstehe.

Ein solches Klima sieht Privatdozent Mazda Adli aus Ratingen dann gegeben, wenn es in einer Gesellschaft eine starke Segregation gebe, Minderheiten sich ungerecht behandelt fühlten und in einer Gruppe die Neigung zu einem polarisierenden Weltbild bestehe. Hier hätten dann radikale Organisationen mit charismatischen Persönlichkeiten leichtes Spiel.

Thomas Müller

Pressekonferenz „Radikalisierung – wenn Menschen extrem werden“, DGPPN-Kongress, Berlin, 25. – 28.11.2015

Neues zum Thema „Antidepressiva“

Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Beantwortung ganz praktischer Fragen wurden im Rahmen neuer teils noch nicht publizierter Metaanalysen in Berlin vorgestellt – mit überraschenden Ergebnissen.

Etwa 10 – 20 % aller Non-Responder auf Antidepressiva erhalten eine Kombinationstherapie, obwohl es bisher keine umfassende systematische Übersichtsarbeit zur Effektivität und Tolerabilität einer solchen gibt. Die bisher vorliegenden Studien ergaben unterschiedliche Resultate.

Kombinationstherapie wirksamer als Monotherapie?

Eine neue Metaanalyse von 38 Studien mit 4.511 Patienten, wovon 45 % Non-Responder waren, zeigte eine signifikante Überlegenheit der Kombinationstherapie mit einer standardisierten mittleren Differenz (SMD) von 0,29 ($p < 0,001$) und einer Number needed to treat (NNT) von 9. „Dieser Effekt war stabil bei allen Subgruppen und auch bei allen sekundären Parametern wie Remission und Response“, sagte Dr. Jonathan Hensler von der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité in Berlin. Bezüglich Dropouts und Abbrüchen wegen Nebenwirkungen ergab sich kein Unterschied zwischen der Mono- und Kombinationstherapie. Nur bei einem Patienten trat unter der Kombination ein mildes serotonerges Syndrom auf. Die Überlegenheit der Kombination korrelierte mit der Dosis der eingesetzten Antidepressiva, die bei der Kombination höher war als bei der Monotherapie. Bei einer entsprechenden Subgruppenanalyse erwies sich die Kombination eines Wiederaufnahmehemmers mit einem präsynaptischen alpha 2-Blocker (Mirtazapin, Mianserin) am günstigsten mit einer SMD von 0,47. Dagegen war die Überlegenheit der Kombination bei Non-Respondern mit einer SMD von 0,13 deutlich schlechter und therapie-naive Patienten profitierten mit einer SMD von 0,41 Patienten stärker von der Kombination.

Ist bei Non-Respondern ein Wechsel sinnvoll?

Was tun mit Non-Respondern? Ist es sinnvoll, solche Patienten nach zwölf

Wochen auf ein anderes Antidepressivum umzustellen oder sollte man die Behandlung ungeachtet des Therapieerfolgs einfach weiterführen? Zu dieser Fragestellung fanden sich nur vier Studien mit strikten und vier weitere Studien mit erweiterten Einschlusskriterien, das heißt, die ursprüngliche Therapie wurde in diesen Studien in einer höheren Dosis weitergeführt. „Kurzum lässt sich sagen: Die Umstellung bringt nichts“, so Professor Tom Bschor von der Schlosspark-Klinik in Berlin. Es fand sich kein Benefit beim Wechsel unabhängig von der eingesetzten Substanzgruppe. Deshalb wird in der jetzt aktualisierten Leitlinie (vgl. Seite 15 f.) der Stellenwert eines Wechsels auch sehr viel zurückhaltender formuliert: „Der Wechsel ist bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft werden“.

Wie lange Antidepressiva geben?

Was ist der natürliche Verlauf einer depressiven Episode und wie lange sollten Antidepressiva gegeben werden? „Die Remissionsrate im natürlichen Verlauf ohne Therapie liegt nach sechs Monaten bei 32 % und nach einem Jahr bei 53 %“, so Baethge. In der Leitlinie wird eine Therapiedauer von bis zu zwölf Wochen empfohlen. Eine Metaanalyse zeigte jetzt, dass durch eine Verlängerung der Medikation von zwölf auf 24 Wochen die Remissionsrate nicht gesteigert werden kann, der Benefit gegenüber Placebo aber unverändert bestehen bleibt. So lag die NNT nach zwölf Wochen Therapie bei 9, nach 24 Wochen bei 8.

Entfalten Antidepressiva eine suizidpräventive Wirkung?

6 % aller depressiven Patienten begehen ein Suizid, bei schwer Erkrankten sind es 14 %. „Bisher vorliegende Daten aus Beobachtungsstudien zum Thema suizidpräventive Wirkung von Antidepressiva geben kein einheitliches Bild