„Die Diskussion um Psychopharmakaeffekte im Vergleich zu anderen Interventionen hat eigenartige Züge angenommen und sich teilweise von einer seriösen Betrachtung gelöst.“

Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz

Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Schloss Werneck

Wissenschaftliche Basis unserer Therapien nicht diskreditieren!

In dieser Ausgabe wird über ein Symposium des letztjährigen DGPPN-Kongresses mit dem Titel „Psychotropic Drug Treatment – is the cure worse than the disease?“ berichtet, wo auch der Psychologe Irving Kirsch die Wirksamkeit insbesondere der Antidepressiva im Vergleich zu Placebo als marginal einstufte. Unter anderem hat der Kollege eine Studie zitiert, nach der eine Antidepressivabehandlung die depressiven Symptome nicht stärker reduzierte als Psychotherapie, Akupunktur oder Übungen an der frischen Luft.

Ich möchte diese Gelegenheit nochmals nutzen, um auf einen prinzipiellen methodischen Unterschied zwischen Akupunktur-, Psychotherapie-, Sportstudien etc. auf der einen und Psychopharmakastudien auf der anderen Seite hinzuweisen, der – obwohl sattsam bekannt – in seinen Auswirkungen regelmäßig unerwähnt bleibt: Die doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Studie. Dieser Studientyp ist Standard in der klinischen Psychopharmakologie, eine solche Studie kann aber gar nicht im Rahmen beispielsweise von Psychotherapiestudien durchgeführt werden. Möchte man zum Beispiel die Effektivität einer psychotherapeutischen Intervention untersuchen, erhält die eine Gruppe (Teilnehmer randomisiert zugeteilt) die spezifische Therapie, die andere Gruppe beispielsweise unspezifische, supportive Gespräche in identischer Interventionshäufigkeit und Länge (der Effekt der spezifischen Therapie wird so unter kontrollierten Bedingungen geprüft). Allerdings wissen sowohl die beteiligten Therapeuten als auch die Studienteilnehmer, wer welche Intervention erhält, solche Studien können gar nicht doppelblind durchgeführt werden. Dies führt systematisch zu einem deutlicheren Effekt in der Verumgruppe als dies bei doppelblinden Studien der Fall ist. Übertragen auf eine Psychopharmakastudie bedeutete dies, dass die eine Gruppe das Verum erhält, die andere das Pla-

cebo. Dabei wissen Arzt und auch Studienteilnehmer, wer die aktive Substanz, wer das Placebo erhält. Ein absurde Vorstellung, oder? Dann kam in diesem Symposium noch die übliche Behauptung hinzu, ein Unterschied von zirka 2 Punkten auf einer Depressionsskala (z. B. der Hamilton-Depressionsskala) zwischen der Antidepressivum- und der Placebogruppe seien der Mühe und des Risikos (der Gabe eines Antidepressivums) nicht Wert. Diese Schlussfolgerung setzt aber implizit die Annahme voraus, dass sich unter Routinebedingungen ein ebenso ausgeprägter Placeboeffekt generieren ließe wie in den künstlichen, sehr aufwändigen klinischen Studien. Mitunter beträgt dieser Effekt in sechs Wochen 8 bis 10 Hamilton-Punkte. Ich traue mir in meiner klinischen Tätigkeit nicht zu, einen solchen Placeboeffekt zu generieren. Die klinische Studie führt per se in beiden Gruppen zu hohen Placeboeffekten, das Antidepressivum muss sich dann hiergegen abheben. Auch dies ist in Psychotherapiestudien nicht möglich, da es kein Placebo im engeren Sinne gibt und da zudem die Teilnehmer ja wissen, dass sie nicht das Verum erhalten, sondern nur eine wahrscheinlich minderwertige Behandlung.

Dies sind nur zwei Punkte, aber sie zeigen schon, dass die Diskussion um Psychopharmakaeffekte im Vergleich zu den genannten anderen Interventionen eigenartige Züge angenommen und sich teilweise von einer seriösen Betrachtung gelöst hat. Das ist schade, wird doch durch eine solche Art der Diskussionen die wissenschaftliche Basis unserer Therapien insgesamt diskreditiert.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,
Ihr

Hans-Peter Volz

E-Mail: hans-peter.volz@kh-schloss-werneck.de