

Psychotherapie und Psychopharmaka : Synergie oder Verschleierung?

Autor(en): **Wäger, Otmar**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **24 (1998)**

Heft 6

PDF erstellt am: **17.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801064>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Psychotherapie und Psychopharmaka – Synergie oder Verschleierung?

Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquillizer (Beruhigungsmittel) gehören zu den wichtigsten Behandlungsmitteln in der psychiatrischen Versorgung und sind aus dem «medizinischen Köcher» nicht mehr wegzudenken.

OTMAR WÄGER*

Welche PatientInnengruppen profitieren von längerdauernden Medikamentenverabreichungen, welche von kurz dauernden Verschreibungen? Welche Krankheitsvorstellungen der PatientInnen bzw. der TherapeutInnen werden mit der Verordnung und Einnahme von Psychopharmaka genährt, welche Episteme werden eher vernachlässigt und ignoriert? Welche Rolle spielen die Psychopharmaka in der Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn? Wie sehr werden in einer laufenden Therapie Medikamentenfragen zu Beziehungsfragen?

Psychopharmaka – ein weites Feld

Der Wunsch, seelische Befindlichkeiten mit der Einnahme von psychotropen Substanzen zu beeinflussen, ist wahrscheinlich so alt wie die Mensch-

heit. Homer erwähnt in der Odyssee ein «Mittel gegen Kummer und Groll und allerlei Leiden» wobei es sich wahrscheinlich um einen opiathaltigen Arzneiwein handelte. Mohnextrakte, Cannabisöle, Nieswurz und Johanniskraut haben seit Jahrhunderten ihren festen Platz in der Seelenheilkunde. In den vergangenen 40 Jahren hat sich die Zahl der synthetischen, d.h. chemisch industriell hergestellten Stoffe vervielfacht. Die Unterteilung der in der Psychotherapie vorwiegend verwendeten

Arzneimittel in Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquillizer hat sich bewährt. (Siehe dazu den Kasten «Psychopharmaka in der Übersicht».)

Was wirkt wie?

Wenn auch die exakte Krankheitsentwicklung bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis unbekannt ist, so wissen wir doch einiges über den Wirkungsmechanismus der angewendeten Neuroleptika.

Psychopharmaka in der Übersicht		
NEUROLEPTIKA	ANTIDEPRESSIVA	TRANQUILIZER
Markenprodukte (Auswahl)		
Clopixol, Dapotum, Fluanxol, Haldol, Leponex, Melleril, Nozinan, Orap, Prazine, Risperdal, Serdolect, Truxal, Zyprexa	Anafranil, Aurorix, Deroxat, Floxyfral, Fluctine, Efexor, Gamonil, Gladem, Ludiomil, Nefadar, Noveril, Saroten, Seropram, Surmontil, Tolvon, Zolof	Anxiolit, Demetrin, Lexotanil, Librium, Nobrium, Seresta, Temesta, Tranxilium, Valium, Xanax, etc.
Anwendung		
Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Umtreibigkeit und Wahnfähigkeit bei manisch-depressiven Störungen und schizoaffektiven Psychosen	Depressive Störungen, depressive Begleiterscheinungen bei schizophrenen Störungen, Angststörungen, posttraumatische Störungen, chronische Schmerzen	Schwere Angststörungen mit innerer Unruhe, muskuläre Verspannungen, epileptische Krampfanfälle, Schlafstörungen
mögliche Nebenwirkungen		
Bewegungsstörungen (Parkinsonismus, akute und tardive Dyskinesien), Benommenheit, Gewichtszunahme, Menstruationsstörungen, Miktionsstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Sehstörungen, sexuelle Störungen, Tachykardie, zerebrale Krampfanfälle, sehr selten Agranulozytose und malignes neuroleptisches Syndrom Absetzeffekte: Unruhe	Erbrechen bzw. Übelkeit, Gewichts- bzw. abnahme, Hautausschläge, Kopfschmerzen, Miktionsstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Parästhesien, Schwindel, Schläfrigkeit, Schlafstörungen, Schwitzen, Sehstörungen, sexuelle Störungen, Verwirrtheit, zerebrale Krampfanfälle	Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Benommenheit, Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, muskuläre Schwäche, Verwirrtheit, Absetzeffekte: ängstliche Unruhe, Verwirrtheit, zerebrale Krampfanfälle Abhängigkeitsgefahr

* Dr. med. Otmar Wäger ist Psychiater in einer Praxisgemeinschaft in Bülach. Er arbeitet systemisch, hat enge Vernetzung zu Klinik und Sozialpsychiatrie und ist in unterschiedlichen Settings als Supervisor tätig.

Alle Neuroleptika haben eine unterschiedlich stark ausgeprägte blockierende Wirkung am Dopamin-Rezeptor-Subtyp D2. Über die Bedeutung anderer Dopamin-Rezeptor Subtypen (D1, D3, D4, D5) ist derzeit noch sehr wenig bekannt. Einige der neueren Neuroleptika bewirken zusätzlich eine Blockade von Serotonin Rezeptoren der Subtypen 5-HT2 und 5-HT6.

Hirnareale mit wesentlichen dopaminergen Systemen (D2) bzw. serotonergen Systemen (5-HT2 und 5-HT6) finden sich in der Substantia nigra pars compacta, der Area tegmentalis ventralis und dem mesolimbischen-limbischen Bereich mit Projektionsbahnen ins Frontalhirn.

Durch die Blockade der Dopamin-Rezeptoren kommt es bei Erregungs-Angst- und Spannungszuständen zu einer Antriebsminderung, Affekthemmung und einer verminderten Empfindlichkeit für Innen- und Aussenreize. Die Blockierung der serotonergen Rezeptoren (vor allem 5-HT2 und 5-HT6) bewirkt eine Modulation von Angstverarbeitung, Stimmung, Antrieb, Nahrungsaufnahme und sexuellen Funktionen.

Neuroleptika versetzen den Betroffenen in einen ihm fremden organischen Zustand, der – anders als der psychotische – auf externe Faktoren bezogen werden kann und damit stark entspan-

nend wirkt. Daneben haben Neuroleptika einen Einfluss auf zusätzliche andere Rezeptor-Systeme, insbesondere cholinerge und alpha-adrenerge Rezeptoren. Daraus können viele der unerwünschten Nebenwirkungen abgeleitet werden. (Verweis auf Übersicht: mögliche Nebenwirkungen)

Antidepressiva dagegen führen zu einer Veränderung bzw. zu einer Verbesserung der Neurotransmitterfunktion an adrenergen, noradrenergen und serotonergen Rezeptoren. Die entsprechenden Rezeptoren finden sich vor allem in hypothalamischen Hirngebieten. Antidepressiva bewirken eine Verbesserung von Antrieb und Stimmung. **Tranquilizer** (Beruhigungsmittel) interagieren vorwiegend mit Rezeptoren des Neurotransmittersystems der Gamma-amino-Buttersäure (gabaerge Aktion). Sie wirken beruhigend bei schweren Angstzuständen und Unruhe. Sie werden häufig bei Schlafstörungen verwendet. Während bei den Tranquilizern bei unsachgemäßer Verwendung eine beträchtliche Suchtgefahr besteht, ist bei Antidepressiva und Neuroleptika keine Abhängigkeit bekannt.

Richtlinien für Antidepressiva...

In den vergangenen 10 Jahren wurden internationale Richtlinien formuliert – zur Anwendung von Antidepressiva

bei depressiv Erkrankten bzw. von Neuroleptika bei Menschen, bei welchen eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wurde. Die WHO empfahl erstmals 1989, dass Antidepressiva nach der erfolgreichen Anwendung über mindestens 6 Monate in der gleichen Dosierung beibehalten und erst dann reduziert werden sollten. Nach Absetzen der Antidepressiva sollten weitere Evaluationen in Zweimonatsintervallen während einem halben Jahr durch das therapeutische System erfolgen.

Ein prophylaktische Behandlung sollte erwogen werden, wenn der Betroffene mehr als eine depressive Episode durchmachte und vor allem dann, wenn er innerhalb der letzten Jahre neben der jetzigen, eine oder mehrere Krankheitsepisoden hatte.

...und Neuroleptika

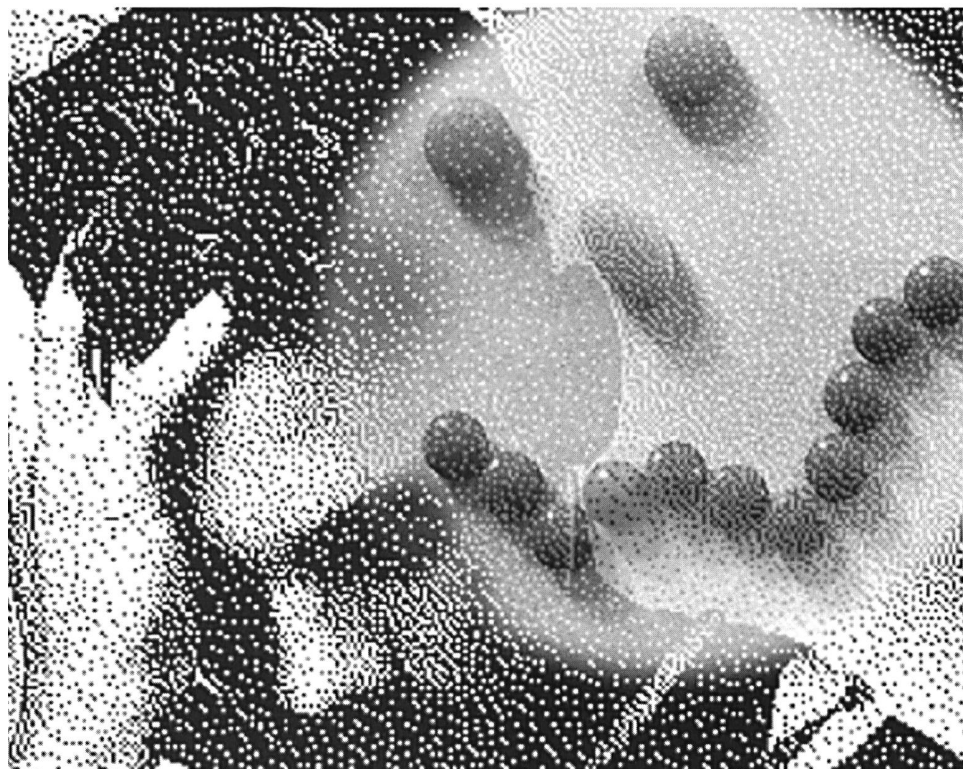
Die Richtlinien für die Rückfallprophylaxe bei als schizophren Diagnostizierten lauten folgendermassen:

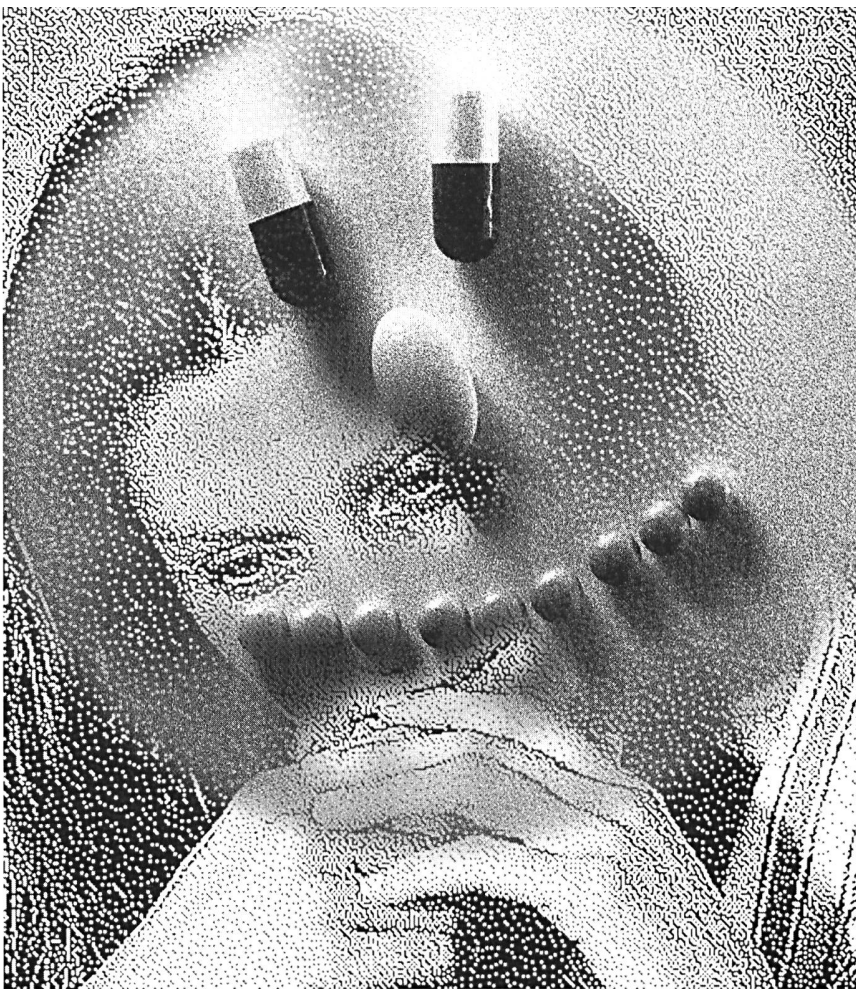
«Da es nicht möglich ist, im Voraus die kleine Gruppe zu identifizieren, die keine weiteren Krankheitsepisoden im Verlaufe eines Jahres zeigt, und angesichts der gravierenden Konsequenzen einer erneuten Krankheitsperiode, ist eine neuroleptische Behandlung für praktisch alle Betroffenen ratsam, die als schizophren diagnostiziert wurden. Die einzigen Ausnahmen sind wahrscheinlich jene Betroffenen, bei denen die Nebenwirkungen schwerer wiegen als die Möglichkeit einer erneuten Störungsepisode und jene Individuen mit sehr leichten psychotischen Episoden, sowie diejenigen, bei denen die Diagnose unsicher ist.»

Demnach sollten nach einer ersten Episode einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis alle Betroffenen eine Dauerbehandlung mit Neuroleptika über 1 – 2 Jahre erhalten. PatientInnen mit mehreren Episoden sollten mindestens 5 Jahre lang Neuroleptika einnehmen. Patienten mit Suizidversuchen oder Gewalttätigkeiten in der Anamnese sollten länger als 5 Jahre, eventuell auf unbestimmte Zeit, Neuroleptika erhalten.

Beschränkte Umsetzung der Richtlinien

Obwohl diese Richtlinien breit kommuniziert wurden, gelangen sie nur





beschränkt zur Anwendung. Viele Depressive werden von den medizinischen GrundversorgerInnen und SpezialistInnen mit Tranquilizern versorgt, bzw. die Antidepressiva werden in unterschiedlichen therapeutischen Dosen abgegeben. Neuroleptika gelangen nur über kurze Zeit zur Anwendung.

Es ist heute anerkannt und vielfach belegt, dass eine Kombination von Psychotherapie, Einnahme von Medikamenten und soziotherapeutischer Hilfe die Lebensmöglichkeiten der Betroffenen und ihrer Familien massgeblich verbessert. Was hingegen weiterhin unklar bleibt, sind die Vorstellungen über das Wirken der Medikamente in den Köpfen von VersorgerInnen und Betroffenen, die Episteme von PsychotherapeutInnen und Psychiatriebetroffenen, welche die Auseinandersetzungen mit den Medikamenten behindern.

Durch die Entwicklung neuer Antidepressiva mit deutlich weniger Nebenwirkungen und die Propagierung von selektiv wirksamen Neuroleptika, konnte die Compliance und Kooperation im therapeutischen System verbessert werden. Dennoch sind die Nebenwirkungen von Antidepressiva und Neuroleptika auch heute noch ein li-

mitierender Faktor in der Langzeitanwendung. Langzeitstudien andererseits haben gezeigt, wie diese Medikamente erfolgreich eingesetzt werden können. Was macht es also aus, dass das Wissen über den therapeutischen Nutzen und den prophylaktischen Wert nicht weiter vordringen konnte?

Ein Fallbeispiel

Es handelt sich um einen 45-jährigen Bauern. Als jüngster von 9 Kindern wurde er zur Übernahme des Hofes verpflichtet. Finanzielle Forderungen der Geschwister führten zu einem langjährigen Familienzwiß. Nach einer Zeckeninfektion des Zentralnervensystems und einem Schleudertrauma entwickelte Herr X eine schwere depressive Störung. In Paargesprächen erarbeiteten wir die Art der depressiven Konstellation und formulierten eine gemeinsame Handlungsstrategie. Wir legten einzelne Handlungsschritte fest. Für die Einnahme des Antidepressivums nutzte ich die «Fraktur-Gipsmetapher». Diese besagt, dass der Gips, das heisst das Medikament, eine «achsengerechte» Heilung möglich macht. Herr X wurde von mir ermutigt, Tagebucheinträge bezüglich der

Wirkungen und Nebenwirkungen zu machen. Es bestand für ihn die Möglichkeit zu täglichen Telefonkontakten mit mir.

Herr X beschreibt die Nebenwirkungen nach der ersten Tabletteneinnahme des Antidepressivums wie folgt:

Erster Tag:

«Der erste Abend ist eine Katastrophe. Ich habe schon vieles erlebt, aber so was noch nie. Ich habe vor Schmerzen geweint wie ein kleines Kind, Kopfschmerzen, Ohrenpfeifen, Gliederschmerzen, Unterleibschmerzen.»

Zweiter Tag:

Am Morgen war ich wie tot, ich kann mich kaum bewegen, die Beine sind wie Blei; es geht nichts mehr.»

Dritter Tag:

Ich hatte nur noch einen Wunsch, die Erlösung, denn ich hatte ja keine Kraft mehr und hatte fast keine Gefühle am Körper.»

Vierter Tag:

Ich hatte so Kopfschmerzen, dass ich die Augen fast nicht aufmachen kann und wenn ich sie aufmache, ist das Licht ganz gelb.»

In der nächstfolgenden Konsultation ging ich genauestens auf die beschriebenen Nebenwirkungen ein. Herr X entschied sich zur weiteren Einnahme des Antidepressivums. Nach 14 Tagen fühlte er sich erstmals seit Monaten wieder kräftiger und zeigte sich seinen Angehörigen gegenüber deutlich aufgehellter.

Mit der Abgabe von Medikamenten konstruiert der Therapeut immer eine besondere therapeutische Wirklichkeit. Obwohl Herrn X die möglichen Nebenwirkungen bekannt waren, erlebte er sie in ausgeprägter depressiver Verzerrung. Hinter dem Entscheid zur weiteren Einnahme stand die Erwartung und Hoffnung auf eine schrittweise, langsame Verbesserung des Zustandes.

Abschliessende Bemerkungen

Im Verlaufe meiner zehnjährigen Praxisstätigkeit habe ich in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen, medizinischen Grundversorgern und Grundversorgerinnen und vor allem Psychotherapieerfahrenen versucht, Psychopharmaka differenzierter und

Als einziger SSRI auch bei Panikstörungen zugelassen

Deroxat
Echte Hilfe bei Depression und Angst

**Auf die Zunge,
fertig, los.**
Problemlos, schmerzlos.

Signifikant
raschere
Resorption

Feldén[®] lingual
Zerlegt sofort. Hilft nach Minuten. Wirkt 24 Stunden.

Die serotonerge Referenz
in der Behandlung der Depression

Fluctine[®] 20mg
FLUOXETIN-HYDROCHLORID

ORIGINAL HERBROTHERS LTD

Soziale Phobie

Sich wieder sicher fühlen!

AURORIX[®] 300

Schlafanstoßend
und beruhigend

Surmontil[®] -atypisches Antidepressivum

- normalisiert die Schlaf-Architektur
- verbessert die Traumhalte
- hohe allgemeine und kardiale Verträglichkeit

Erhöhter
und stabiler
generelle Disposition
auf Studien

*... und die Lebensfreude
kehrt zurück!*

AURORIX[®] 300
Microbent

massgeschneidert einzusetzen. In dieser Auseinandersetzung ging es für mich auch darum, vom Mythos Abschied zu nehmen, psychische Störungen seien reine Hirnkrankheiten. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele PatientInnen Gefahr laufen, bei den unterschiedlichsten Störungen

Tranquilizer (Beruhigungsmittel) zu erhalten. Andererseits glaube ich, dass der Nutzen von Antidepressiva bei schweren depressiven Störungen und die Anwendung von Neuroleptika bei Psychosen zu wenig bekannt ist und die Betroffenen nicht genügend davon profitieren können.

Wenn wir unseren Klienten vermehrt das Gefühl vermitteln, auf ihr inneres Erleben einzugehen und sie darin ernst nehmen, wird ihr Widerstand gegenüber Medikamenten und deren Nebenwirkungen abnehmen. Aus dieser Einsicht heraus werden viele Medikamentenfragen zu Beziehungsfragen. ■