

ELISABETH WAGNER

... FRAGEN SIE IHREN ARZT ODER APOTHEKER

oder: Wie sich systemische TherapeutInnen
sonst zu Fragen der Medikation äußern können



EINLEITUNG

Dass sich in den letzten Jahren biologische Erklärungsansätze psychischer Störungen innerhalb der Psychiatrie weitgehend durchgesetzt haben, wird von einigen beklagt, von anderen als

Hintergrund neuer effektiver Behandlungsoptionen gewürdigt. Je mehr von der „Biologie“ der Angst- oder Zwangsstörung, der Depression oder der Schizophrenie ins Bewusstsein der Allgemeinbevölkerung dringt, desto weniger können es sich auch PsychotherapeutInnen leisten, bezüglich medikamentöser Behandlungsmethoden gänzlich uninformiert zu sein. Wenn auch die primäre Aufklärungspflicht bezüglich konkreter Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen natürlich bei der verschreibenden Ärztin bleibt, so kann die Betroffene doch mit Recht eine differenzierte Position auch von der behandelnden Therapeutin erwarten. Fragen, wie: „Brauche ich dieses Medikament wirklich?“, „Können Sie mir nicht auch ohne Medikamente helfen?“ sind in der psychotherapeutischen Praxis an der Tagesordnung und verdienen eine gut informierende Stellungnahme.

Dieser Beitrag soll der nicht-ärztlichen Psychotherapeutin dabei helfen, den medikamentösen Behandlungsbedarf (die Indikationsstellung) zu bewerten und im Falle einer fehlenden Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme eine Risikoabschätzung vorzunehmen. Des Weiteren sollen für einzelne Konstellationen (behandlungsunwilliger Patient bei niedriger, mäßiger, hoher Gefährdung etc.) Strategien vorgestellt werden, die Risiken abpuffern und die Übernahme von Verantwortung erleichtern. Dies scheint insofern sinnvoll, als sich immer wieder KlientInnen gegen die Einnahme der von PsychiaternInnen verordneten Medikation entscheiden und „stattdessen“ die Hilfe einer Psychotherapeutin in Anspruch nehmen. Hier könnte nun argumentiert werden, dass die behandelnden TherapeutInnen, solange keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, keine Veranlassung haben, sich in das Fachgebiet einer

anderen Profession einzumischen (nach dem Motto „damit kenne ich mich nicht aus, dazu habe ich keine Meinung“). Für das Bemühen von PsychotherapeutInnen, im Gesundheitssystem – und das heißt in Bezug auf ihren Beitrag zur Krankenbehandlung – ernst genommen zu werden, ist diese Position der Ignoranz jedoch problematisch.

Es soll in meinen Ausführungen nicht darum gehen, die Psychotherapie als „Hilfdisziplin“ der Psychiatrie zu etablieren, die sich nur streng innerhalb deren Logik bewegen darf. Es geht nicht darum, die biologischen Krankheitsmodelle der Psychiatrie zu übernehmen und im Sinne einer Psychoedukation Therapie zur Förderung von Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme zu nützen bzw. zu missbrauchen. Es geht darum, für psychopharmakologisch behandelte und behandelnde Personen anschlussfähig zu sein und damit die fallweise hohe Verantwortung bei der Behandlung schwer Leidender gemeinsam bestmöglich zu tragen.

Als Voraussetzung dafür soll zunächst ein Verständnis psychopharmakologischer Behandlungslogik vorgestellt werden, welches für Systemische PsychotherapeutInnen sowie deren KlientInnen adäquat ist. Woran könnte man erkennen, dass es sich um ein „adäquates“ Verständnis handelt? Welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?

Aus meiner Sicht beinhaltet ein „adäquates“ Verständnis psychopharmakologischer Behandlung zumindest zwei Aspekte: Zum einen muss die biologische Komponente des Krankheitsverständnisses und die daraus folgende pharmakologische Behandlungsmöglichkeit explizierbar sein, d.h. PsychotherapeutInnen müssen sich mit ihren KlientInnen explizit darüber austauschen können, wie und wofür eine medikamentöse Therapie hilfreich sein kann. Der psychologische Aspekt der Störung bzw. des Leidens darf dabei nicht zum Verschwinden gebracht werden, sonst käme es entweder zu einer „entweder – oder“ Entscheidung (Psychotherapie oder Medikamente, schwarz oder rot, im Casino kann man auch nicht auf beides setzen) oder zu einer Reduktion der Psychotherapie auf begleitende, stützende Gespräche bzw. Psychoedukation.

EIN ADÄQUATES VERSTÄNDNIS DER BIOLOGISCHEN DIMENSION PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Von Retzer et al. haben wir gelernt, gelebtes Leben (die Biologie, den Organismus), von erlebtem Leben (den intrapsychischen Prozessen, Bewusstsein) und erzähltem Leben (Kommunikation, Verhalten) zu unterscheiden. Diese drei Systeme sind für einander Umwelten, d.h. sie können einander beeinflussen, wie Umwelten eben Systeme beeinflussen – nämlich entsprechend der Struktur-determiniertheit des Systems. Die Struktur des Systems bestimmt, was von der Umwelt wahrgenommen und worauf in welcher Weise reagiert wird. Das heißt, dass das Gehirn als Organ in seiner materiellen Qualität als eine Umwelt für die im Wesentlichen als immateriell angesehenen psychischen Funktionen konzeptualisiert wird. Dies eröffnet für die therapeutische Arbeit durchaus interessante Optionen. Wenn ich das Gehirn (gelebtes Leben) als Umwelt für das Psychische (erlebtes Leben) betrachte, folgt daraus, dass biologische Aspekte des Gehirns, also auch Krankheiten, das psychische Geschehen nicht zwingend festlegen. Folgerichtig sprechen ‚die Heidelberger‘, wenn sie die Auswirkungen psychischer Störungen erfragen wollen, von „Einladungen“ der Depression, der Manie, der Schizophrenie. Es wird damit unterstellt, dass die biologischen Aspekte der Erkrankung eine bestimmte Symptomatik, bzw. ein als symptomatisch beschreibbares Erleben, Wahrnehmen oder Verhalten, nahe legen (dazu „einladen“), sich die Betroffene aber auch für ein anderes Verhalten entscheiden kann. Diese Unterstellung ist therapeutisch häufig sinnvoll, da sie eine grundsätzliche Beeinflussbarkeit von symptomatischem Verhalten unterstellt.

„Woran würde Ihre Frau erkennen, dass Sie der Einladung der Depression gefolgt sind?“, „Woran würde Ihre Mutter erkennen, dass die Manie anklopft, Sie sich aber noch nicht entschieden haben, dieser Einladung zu folgen?“ „Was könnte Ihre Frau dazu beitragen, dass Sie der Einladung der Psychose besonders schnell folgen?“

Fragen wie diese fokussieren nicht nur den Entscheidungsspielraum der Betroffenen, sie lenken durch die zirkuläre Formulierung auch die Aufmerksamkeit auf

interaktionelle Zusammenhänge und eröffnen so oft wichtige Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen.

In Retzers Modell ist nicht nur das Organ „Gehirn“ Umwelt für das Psychische, sondern auch umgekehrt: Das erlebte Leben ist Umwelt für das Gehirn. Was wir erleben, denken und fühlen – und das wird ja wiederum von unseren Interaktionen, dem jeweils spezifischen In-Beziehung-Sein und den Ereignissen beeinflusst – was wir also erleben, denken und fühlen ist „Umwelt“ für unser Gehirn.

Diese Konzeptualisierung ist allerdings nur eine von mehreren möglichen. Sie ist keineswegs jene, die aus neurophysiologischer Perspektive nahe gelegt wird. Aus Sicht der Hirnforschung ließe sich eher formulieren, „dass es sich bei allen Vorgängen im Gehirn – von den Kommandos für Bewegungen bis zu den intimsten Gedankengängen – um biologische Prozesse handelt“ (Kandel et al. 1996, S 713), bzw. dass „...das, was wir als seelisch bezeichnen, sowohl in seiner Existenz als auch in seiner Beschaffenheit vollständig eine Hervorbringung neuronaler Schaltkreise ist“ (vgl. Grawe 2004, S 17).

Um den Zusammenhang zwischen den neuronalen Strukturen und Prozessen in unserem Gehirn und unserem Leben und Verhalten zu veranschaulichen, wählt Grawe eine einleuchtende Analogie: „Haben Sie schon einmal darüber gestaunt, wie eine eintönige Kette von binären magnetischen Zuständen etwas so Wunderbares hervorbringen kann wie Schuberts große C-Dur Symphonie oder „Kind of Blue“ von Miles Davis und John Coltrane? (...) Musik lässt sich in ihrer Schönheit nicht reduzieren auf eine Abfolge von Schwingungen oder magnetischen Zuständen. Es ist Musik, nicht Physik. (...) Musik gehört einer anderen Realität an als das Speichermedium und die weiteren Apparaturen, die erforderlich sind, um das Gespeicherte zum Klingeln zu bringen. Aber obwohl die Musik etwas völlig anderes ist als die Abfolge binärer magnetischer Zustände, die sie hervorbringt, ist sie in ihrer Existenz und Eigenart doch bis in die kleinste Einzelheit von jener abhängig. Jede Änderung in der binären Abfolge wirkt sich darauf aus, was

wir für Musik hören. Eine analoge Beziehung besteht zwischen den neuronalen Strukturen und Prozessen in unserem Gehirn und unserem Erleben und Verhalten. Wenn wir etwas fühlen, denken oder tun, liegen dem jeweils ganz bestimmte neuronale Erregungsmuster zu Grunde. Für das, was wir erleben oder tun, kommt es nur darauf an, ob bestimmte Neuronen feuern, wie schnell sie feuern und mit welchen anderen Neuronen sie gemeinsam feuern. Das ist wie bei der CD eine Ja-Nein-Frage, also eine digitale Information.“ (Grawe 2004, S44)

Diese Analogie ist einerseits erhellend – macht sie doch deutlich, dass es kein Erleben, Fühlen, Denken jenseits neuronaler Prozesse gibt, andererseits auch irreführend, weil sie die Umkehrbarkeit, man könnte auch sagen Zirkularität der Zusammenhänge systematisch ignoriert. Im Unterschied zur CD ist nämlich unser Gehirn kein „Speicherorgan“, es bringt „Psychisches“ hervor, wird aber gleichzeitig auch durch das konkrete Wahrnehmen, die aktuellen Sinneseindrücke, das Erleben, Fühlen und Entscheiden in jedem Moment neu bestimmt. Der Aspekt, dass jede psychische Aktivität gleichzeitig neuronale Aktivität ist, mag in Retzers Konzeptualisierung zu kurz kommen, dafür ermöglicht dieses Modell eine Betrachtung der wechselseitigen Beeinflussungen und ist damit nicht nur systemtheoretisch stringent (fokussiert doch Systemtheorie immer die Beziehungen zwischen den Elementen, oder in diesem Fall Subsystemen), sondern auch – und vor allem – für Psychotherapie hilfreich.

Psychotherapie gehört nach Retzer zum „erzählten Leben“, so wie auch alle anderen Beziehungen. „Erzähltes Leben“ ist dabei nicht auf den sprachlichen Austausch eingeengt, sondern umfasst das gesamte „Ausdrucksverhalten“, das im sozialen System wirksam wird. Alles, was eine Therapeutin für die therapeutische Beziehung tut, alles was sie tut, damit sich eine Klientin gut aufgehoben, gehört und verstanden fühlt, ob sie schweigend zuhört, die Augenbrauen hebt, ihr Sprechtempo und ihre Lautstärke an die Klientin anpasst, gehört, neben dem, was gesagt und gefragt wird, zum „erzählten Leben“. Das erzählte Leben ist die soziale Dimension,

jenes System, in dem nach Luhmann „Kommunikation an Kommunikation“ anschließt. Nur hier kann Psychotherapie wirksam werden und hier ist Psychotherapie regelmäßig wirksam, indem sie eine relevante Umwelt für das psychische System, das „erlebte Leben“ darstellt. Das psychische System wird damit von zwei Umwelten beeinflusst (aber nicht determiniert) – von der Biologie des Gehirns und von den sozialen Kontexten. Aus dieser Betrachtungsweise ist es durchaus plausibel, auch in der Behandlungsplanung die Möglichkeit der Einflussnahme von beiden Seiten zu nutzen.

WIE LÄSST SICH DIE NOTWENDIGKEIT EINER PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN BEHANDLUNG EINSCHÄTZEN?

Wie ist nun der Behandlungsbedarf, die Dringlichkeit einer psychopharmakologischen Behandlung einzuschätzen? Wovon hängt es ab, ob ich als Psychotherapeutin gegenüber einem medikamentösen Behandlungsvorschlag indifferent bin, sie eher kritisch beurteile oder mich um die Förderung der Bereitschaft, Medikamente einzunehmen, bemühe oder diese gar als Bedingung für eine psychotherapeutische Behandlung festlege? Welche Faktoren sind zu berücksichtigen?

Ich habe versucht, jene Fragen aufzulisten, die es zu klären gilt, um in jedem Einzelfall eine die Autonomie von PatientInnen respektierende und trotzdem verantwortungsvolle professionelle Position zu definieren. Ich werde zunächst auf diese Fragen im einzelnen eingehen und dann anhand von Fallbeispielen die Bewertung dieser Fragen diskutieren.

Bin ich als Psychotherapeutin handlungsfähig, wenn die Patientin die psychopharmakologische Behandlung ablehnt?

Wenn eine Patientin akut wahnhaft ist, die Fragen der Psychotherapeutin nicht beantwortet sondern vorbeiredet, ist eine Psychotherapie offensichtlich nicht Erfolg versprechend. Eine ähnliche Einschätzung liegt bei schwersten depressiven Episoden vor, wenn die kognitiven Funktionen stark beeinträchtigt und Grübeln,

Schuldgefühle und Selbstvorwürfe mit den Mitteln des Gesprächs nicht zu unterbrechen sind. Gleiches gilt für manische Episoden, wenn die Antriebssteigerung oder die Ideenflucht die Möglichkeit der Einflussnahme im Gespräch minimieren. In diesen Situationen fällt PsychotherapeutInnen die Überweisung zur Psychiaterin meist leicht. Es geht hier nicht um eine Risikoabschät-

z.B. bei Zwangsstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen. Als medikamentös eher schlecht behandelbar gelten z.B. wahnhaftige Störungen (im Unterschied zu andern psychotischen Störungen), Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Je unsicherer der zu erwartende Behandlungserfolg einer medikamentösen Therapie, desto leichter kann die Ablehnung derselben von der Therapeutin mitgetra-

gen werden. Das heißt aber auch: Je wahrscheinlicher der Behandlungserfolg einer psychopharmakologischen Therapie ist, desto genauer muss die Ablehnung derselben hinsichtlich

ZUR ABSCHÄTZUNG DER ERFOLGSWAHRSCHEINLICHKEIT EINER PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN BEHANDLUNG SOLLTEN ZUM EINEN DIE EMPIRISCH GESICHERTEN DATEN FÜR DIE EINZELNEN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN BEKANNT SEIN, ZUM ANDEREN DIE IM EINZELFALL VORLIEGENDEN BEHANDLUNGSERFAHRUNGEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN.

zung bezüglich Verzicht auf psychopharmakologische Behandlung sondern um eine Einschätzung der eigenen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten angesichts einer akuten und schweren psychiatrischen Störung.

Wie groß ist die Erfolgswahrscheinlichkeit einer medikamentösen Therapie?

Zur Abschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit einer psychopharmakologischen Behandlung sollten zum einen die empirisch gesicherten Daten für die einzelnen psychischen Störungen bekannt sein, zum anderen die im Einzelfall vorliegenden Behandlungserfahrungen berücksichtigt werden.

Für die einzelnen psychischen Störungen gibt es durchaus unterschiedliche Evidenz der Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlung. Ohne diese Datenlage hier detailliert aufarbeiten zu können lässt sich doch zusammenfassen, dass bei den meisten affektiven Störungen, den Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und den meisten Angststörungen, eine medikamentöse Behandlung in der Mehrzahl der Fälle Erfolg versprechend ist. Unsicherer ist der Behandlungserfolg

seiner Verantwortbarkeit überprüft werden.

Besondere Erwähnung verdient in diesem Zusammenhang der Einsatz von Medikamenten zur „Phasenprophylaxe“, also über die Dauer der akuten Symptomatik hinaus. Bei rezidivierenden (immer wiederkehrenden) Depressionen empfiehlt die Schulpsychiatrie eine Dauertherapie mit Antidepressiva (je nach Anzahl der depressiven Episoden zwei Jahre bis unbegrenzt), bei wiederholten psychotischen Episoden eine Dauertherapie mit Neuroleptika, bei bipolaren und schizoaffektiven Störungen eine Phasenprophylaxe mit Mood Stabilizern. Für all diese Störungsbilder gibt es zwischenzeitlich evidence-based guidelines, das sind Empfehlungen, die von den einschlägigen Experten unter Berücksichtigung aller relevanten Studien formuliert sind. Dass sich diese Empfehlungen immer wieder ändern sollte nicht als Ausdruck ihrer fragwürdigen Gültigkeit verstanden werden, sondern als Beweis dafür, dass es sich bei den ExpertInnengremien um erfahrungsoffene Systeme handelt, in denen neue Ergebnisse immer wieder berücksichtigt werden. Der Befund, dass durch eine Therapie mit Mood Stabilizern die Zahl der Krankheitsepisoden bei bipolaren und schizoaffektiven Störungen deutlich

reduziert und die Schwere deutlich abgeschwächt werden kann, ist unter PsychiaterInnen völlig unbestritten. Trotzdem ist gerade diese Medikation, weil sie über viele Jahre auch bei Symptombfreiheit eingenommen werden soll, bei vielen PatientInnen sehr unbeliebt und die diesbezügliche Compliance häufig gering. Gerade hier wäre ein sensibles und verantwortungsvolles Vorgehen auch auf Seiten der mitbehandelnden PsychotherapeutInnen wünschenswert.

An dieser Stelle mag sich bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen ein Einwand regen: „Warum sollten wir PsychotherapeutInnen dafür verantwortlich sein, wenn Patientinnen sich dazu entschließen, ihre schizoaffektive Störung nicht medikamentös behandeln zu wollen? Wir können nur die Rücksprache mit einem Arzt empfehlen, aber das Ergebnis liegt nicht in unserem Verantwortungsbereich“. Diese Position ist aus meiner Sicht nicht grundsätzlich falsch, aber auch nicht in jedem Fall vertretbar. Um die Gültigkeit im konkreten Einzelfall zu überprüfen suche ich häufig nach einem Vergleich aus der „Organmedizin“. Würde eine Patientin mit einer Epilepsie die medikamentöse Anfallsprophylaxe ablehnen oder ein Patient mit einem Herzinfarkt die empfohlene Sekundärprophylaxe (z.B. Blutgerinnungshemmer) nicht einnehmen und „statt dessen“ Therapie machen wollen, würden wahrscheinlich die meisten Psychotherapeutinnen darauf hinweisen, dass der medikamentöse Effekt durch Psychotherapie nicht ersetzbar ist. Das heißt nicht, dass Psychotherapie nicht den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen könnte, aber sie tut dies eher additiv und über andere Wirkmechanismen als es die Medikamente tun. Woher nehmen wir die Sicherheit, dass das nicht auch für bipolare Störungen und Psychosen gilt?

Für die individuelle Behandlungsprognose spielen natürlich nicht nur die aus der Fachliteratur bekannten Zahlen eine Rolle, sondern auch die individuellen Behandlungsvorerfahrungen. Je mehr medikamentöse Behandlungs-

versuche in der Vorgeschichte erfolglos geblieben sind oder wegen unerwünschter Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten, desto eher erscheint der Verzicht auf weitere psychopharmakologische Behandlungsversuche plausibel. An dieser Stelle sei aber erwähnt, dass die Beurteilung, ob eine medikamentöse Behandlung ausrei-

EINE PATIENTIN, DIE IM RAHMEN IHRER DEPRESSIVEN STÖRUNG ÜBER LÄNGERE ZEIT VON SUIZIDGEDANKEN GEQUÄLT WIRD, OHNE MEDIKATION PSYCHOTHERAPEUTISCH ZU BEHANDELN BZW. OHNE ZU FRAGEN MEDIKAMENTÖSER BEHANDLUNG QUALIFIZIERT STELLUNG ZU BEZIEHEN, HALTE ICH FÜR SCHWER VERTRETBAR.

chend lange und ausreichend dosiert war, auch für den gut informierten medizinischen Laien schwierig sein kann. Hier empfiehlt sich eine gute Kooperation mit einer Fachärztin für Psychiatrie, um eine professionelle Einschätzung sicherzustellen.

Was sind die Risiken, mit denen bei Verzicht auf eine medikamentöse Therapie zu rechnen ist?

Ob im Einzelfall auf eine grundsätzlich indizierte medikamentöse Behandlung verzichtet werden kann hängt ganz wesentlich auch davon ab, mit welchen Risiken dieser Verzicht verbunden ist. Bei konkreter Selbst- oder Fremdgefährdung, z.B. im Rahmen einer schweren Depression, einer Manie oder einer schizophrenen Psychose ist das Risiko meist offensichtlich. Eine Patientin, die im Rahmen ihrer depressiven Störung über längere Zeit von Suizidgedanken gequält wird, ohne Medikation psychotherapeutisch zu behandeln bzw. ohne zu Fragen medikamentöser Behandlung qualifiziert Stellung zu beziehen, halte ich für schwer vertretbar. Schwieriger sind Selbst- und Fremdgefährdung jedoch bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen zu bewerten. Wenn Suizidalität nicht in Zusammenhang mit einer schweren

depressiven Episode, sondern vor dem Hintergrund einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auftritt kann die Gefährdung zwar genauso groß sein, aufgrund der schlechteren medikamentösen Beeinflussbarkeit wäre dennoch im letzteren Fall ein Verzicht auf eine medikamentöse Therapie eher vertretbar. Das heißt, auch Selbst- oder Fremdgefährdung sind keine eindimensional zu bewertenden Kriterien (wenn Suizidalität, dann zwingend Psychopharmaka), sondern müssen jeweils vor dem Hintergrund der Diagnose und der damit verbundenen Behandlungsprognose bewertet werden.

Die akute Selbst- oder Fremdgefährdung ist aber bei weitem nicht das einzige Risiko, das bei der Abwägung berücksichtigt werden sollte. Die Chronifizierung einer psychischen Störung mit den damit verbundenen „Folgeschäden“, wie Belastungen wichtiger Beziehungen oder gar Verlust des sozialen Netzes, Einschränkungen oder Verlust der Arbeitsfähigkeit etc., sollten bei einer Entscheidung für oder gegen eine Medikation unbedingt auch berücksichtigt werden. Besonders relevant sind diese Überlegungen für Erkrankungen, in denen eine medikamentöse Phasenprophylaxe indiziert ist. Wer sich bei einer bipolaren, schizoaffektiven oder psychotischen Störung gegen eine Langzeittherapie entscheidet, muss sich völlig unabhängig von etwaiger Selbst- oder Fremdgefährdung in den akuten Krankheitsphasen darüber klar sein, wie viel „gesunde Lebenszeit“ damit aufs Spiel gesetzt wird.

Wie gut ist die Patientin informiert, bzw. wie überzeugend sind die Einwände, welche von der Patientin gegen eine psychopharmakologische Behandlung angeführt werden?

Im Wesentlichen geht es bei dieser Frage um die Einschätzung, ob die Patientin ihre Entscheidung für oder gegen eine Medikation auf der Basis einer adäquaten Information über die erwartbaren Wirkungen und Nebenwirkungen fällen kann. Je besser die Patientin informiert ist, desto eher kann die Therapeutin den Entschluss von KlientInnen mittragen. Wenn hingegen massive Informationsdefizite bestehen, sollte die Therapeutin erst an einer besseren Aufklärung mitwirken, bevor sie den Entschluss als Ausdruck einer mündigen Urteilsbildung gelten lässt.

Wenn etwa eine Patientin mit einer bipolaren Störung ihre Phasenprophylaxe absetzen will, weil sie glaubt, dass sie von den Medikamenten „süchtig“ wird, sollte darauf im Gespräch anders reagiert werden, als wenn der Grund für den Absetzwunsch die eingetretene Gewichtszunahme ist.

Natürlich ist die Aufklärung über psychopharmakologische Behandlung eine genuin ärztliche Aufgabe. Aber würden wir als Psychotherapeutinnen auch in anderen Bereichen, wo schwerwiegende Entscheidungen (z.B. Kündigung eines Dienstverhältnisses, Scheidung, etc.) völlig uninformatiert oder auf der Basis offensichtlich falscher Informationen getroffen werden, nicht ungerührt zuhören, sondern dazu ermutigen, das Für und Wider genauer abzuwägen und/oder zusätzliche Informationen einzuholen.

FALLBEISPIELE ZUR VERANSCHAULICHUNG

Im nächsten Schritt sollen die oben ausgeführten Fragen an konkreten Fallbeispielen abgehandelt werden. Dabei soll anhand verschiedener Konstellationen (schlechte/gute medikamentöse Behandlungsprognose, geringes/hohes Risiko bei Verzicht auf medikamentöse Behandlung, ausreichende/unzulängliche Information für die Entscheidung etc.) gezeigt werden, wie die Beantwortung der oben ausgeführten Fragen dabei hilft, hier nachvollziehbar und verantwortungsvoll Position zur psychopharmakologischen Behandlung zu beziehen, ohne dass dabei der „Geltungsbereich“ der Psychotherapie eingeschränkt wird.

BEISPIEL 1:

45 jg. Patientin mit einer mittelgradigen Panikstörung, nicht chronifiziert

Fr. D. hat von ihrem Psychiater einen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer empfohlen bekommen, hat aber massive Einwände gegen diese Behandlung. Sie holt bei mir eine zweite Meinung ein und fragt, ob ich sie auch ohne medikamentöse Therapie in Psychotherapie übernehmen könnte. Die Fähigkeit zur Psychotherapie ist durch die Panikstörung nicht eingeschränkt. Die

empfohlene medikamentöse Therapie würde mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Linderung der Symptomatik führen. Bei Verzicht auf die medikamentöse Therapie sind keine akuten Gefahren zu erwarten, evtl. ist das Risiko der Chronifizierung aber höher, vor allem, wenn es nicht gelingt, das bereits etablierte Vermeidungsverhalten zu unterbrechen. In dem Gespräch wird es daher vor allem darum gehen, die Gründe zu erfragen, die subjektiv gegen die Einnahme der Medikation sprechen und diese in Relation zu der erwartbaren Wirkung zu setzen.

Th: Fr. D., was spricht denn für Sie gegen die Einnahme von dem Medikament?

Fr. D.: Ich weiß nicht, ich schlucke nicht so gerne Tabletten, auch nicht bei Kopfweh oder Erkältungen. Irgendwie habe ich das Gefühl, es müsste auch ohne gehen. Und dann glaube ich auch, dass das was bedeutet, wenn ich jetzt seit Monaten diese Panikattacken habe, vielleicht heißt das auch, dass ich an meinem Leben was ändern muss.

Th: Und Sie schätzen es so ein, dass Sie ohne Medikamente besser erkennen können, was Sie an Ihrem Leben ändern müssen?

Fr. D.: Na ja, schon, weil wenn ich die Medikamente nehme, bin ich einfach ruhig gestellt und nehme nichts mehr von der Welt und von mir wahr.

Th: Fr. D., so weit ich die Wirkung dieser Medikamente verstehe,

stellen sie Sie nicht ruhig, sondern greifen so in den Hirnstoffwechsel ein, dass Sie seltener und weniger starke Angstattacken haben. Viele Psychiater würden es eher so formulieren, dass dieses Medikament es Ihnen sogar erleichtern würde, Ihr Leben zu verändern, weil ja die Angst Ihren Spielraum, Ihren Aktionsradius, das, was Sie sich zutrauen, stark einschränkt und Sie sich, wenn das Medikament wirkt, mehr zutrauen und auch mehr Neues ausprobieren können.

Fr. D.: Das klingt schon irgendwie plausibel, aber was

bleibt, ist der Wunsch, es ohne Medikamente schaffen zu wollen.

Th.: Das wiederum klingt auch für mich plausibel. Es gibt viele Menschen, denen der Gedanke, dass Sie etwas nur aufgrund einer Medikamentenwirkung schaffen, unangenehm ist. Viele erleben es so, dass das irgendwie den eigenen Erfolg schmälert.

Fr. D.: Ja, genauso ist das bei mir. Ich will es alleine schaffen.

Th.: Fr. D., das ist für mich gut nachvollziehbar, aber könnten wir noch einen Moment bei der Überlegung bleiben, ob es eine Grenze gibt, einen Punkt, wo wir uns das Thema Medikation noch einmal neu anschauen?

Fr. D.: Wie meinen Sie das?

Th.: Na ja, wenn die Psychiatrie sagt, die medikamentöse Behandlung verbessert Ihre Chancen, etwas im Leben zu verändern, weil ja die Panikattacken, vor allem die Angst vor der nächsten Panikattacke wie eine Bremse wirkt und Menschen mit einer Angststörung alle Situationen, in denen Angst auftreten kann, vermeiden und damit sehr eingeschränkt sind, und wenn andererseits Sie sagen, ich will es trotzdem ohne Medikamente versuchen, weil ich den

WENN PATIENTEN EIN REIN „ERLEBNISREAKTIVES“ ERKLÄRUNGSMODELL FÜR IHRE SYMPTOMATIK ANBIETEN, FRAGE ICH IMMER NACH, INWIEFERN DANN EIGENTLICH PSYCHOTHERAPIE HELFEN SOLL, DA PSYCHOTHERAPIE JA KEINE ZUKÜNFTIGEN EXTERNEN BELASTUNGEN VERHINDERN KANN.

Erfolg mir selber zuschreiben will, dann könnte man sich ja fragen, was wäre ein Zeichen, dass Sie auf dem richtigen Weg sind, dass Sie es ohne Medikamente schaffen und was wäre ein Zeichen, dass es sinnvoller wäre, doch für eine gewisse Zeit ein Medikament zu schlucken. Oder man sagt, egal wie lange es mir wie schlecht geht, ein Medikament kommt für mich auf keinen Fall in Frage. Wo stehen Sie eher: beim „jetzt nicht“ oder beim „nie und nimmer“.

Fr. D.: Das hatte ich mir noch gar nicht so überlegt. Aber wenn ich Ihnen jetzt so zuhöre, denke ich mir, „nie und

nimmer“ stimmt auch nicht. Allerdings will ich auch nicht unter Druck kommen, dass alles schnell ganz gut werden muss, weil ich sonst Medikamente schlucken muss. Haben Sie da einen fixen Zeitraum im Kopf?

Th.: Also zum einen geht's gar nicht drum, dass Sie dann etwas nehmen „müssen“, sondern nur darum, dass wir dann vielleicht noch einmal darüber nachdenken sollten, zum anderen habe ich keinen fixen Zeitplan im Kopf. Das wäre dann eher schon der Anfang der Psychotherapie, dass man sich gemeinsam überlegt, woran Sie merken würden, dass die Therapie Sinn macht und dass sie auch ausreichend gegen die Panikattacken hilft.

Diese Fallvignette bietet ein Beispiel, wie man als Psychotherapeutin den Widerstand gegen die Medikation als Ressource für den therapeutischen Prozess nutzen kann („ich will es aus eigener Kraft schaffen“), ohne diese Position auf ewig einzuzementieren. Wenn der gewünschte Erfolg hinsichtlich Reduktion der Panikattacken ausbleibt, kann zu einem späteren Zeitpunkt das Thema wieder neu verhandelt und für und wider auf der Basis der dann verfügbaren Informationen neu bewertet werden.

BEISPIEL 2:

Manisch-depressiver Patient, 44 Jahre, nach der ersten stationären Behandlung

Hr. S. wurde vor kurzem aus der Psychiatrie entlassen, es handelte sich um die insgesamt vierte Episode einer bipolaren Störung, wobei nur die aktuelle manische Phase stationär behandelt wurden, die beiden depressiven Phasen sind vom Facharzt ambulant behandelt worden. Die zumindest hypomane Phase blieb vor drei Jahren unbehandelt. Die Ehe des Patienten ist massiv belastet, die Frau verlangt von ihrem Mann jetzt eine Therapie. Hr. S. war bislang bezüglich Medikation nur in der Akutphase compliant, die Phasenprophylaxe, die bei der vorletzten Krankheitsepisode etabliert wurde, hat der Patient ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt abgesetzt. Der Informationsstand bezüglich unterschiedlicher Wirkweise von Antidepressiva, Antipsychotika und Phasenprophylaxe ist äußerst gering. Hr. S. hat sich nach anfänglichem Unverständnis mit der Idee

einer Psychotherapie angefreundet („vielleicht werde ich ja so diese Krankheit los, weil die Medikamente haben nicht geholfen“) und will diese nun zum Anlass nehmen, die Medikation abzusetzen. Vom Krankenhaus wurde ich als Therapeutin empfohlen.

Weil mir für die Prognose des Patienten eine adäquate Nutzung der psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten zentral erschien, verwendete ich die erste Einheit dafür, mich mit Hr. S. über sein Krankheitsverständnis und seine Wahrnehmung der Medikamentenwirkung zu unterhalten. Hr. S. hat es bisher so erlebt, dass seine depressiven Phasen durch äußere Belastung ausgelöst worden sind (Schwierigkeiten in der Arbeit durch Teamumstrukturierungen, neue Aufgabenverteilung etc.), für die manischen Phasen hat er bislang keine Erklärung gesucht.

Wenn Patienten ein rein „erlebnisreaktives“ Erklärungsmodell für ihre Symptomatik anbieten, frage ich immer nach, inwiefern dann eigentlich Psychotherapie helfen soll, da Psychotherapie ja keine zukünftigen externen Belastungen verhindern kann. Dies ermöglicht dann zum einen meist ein Gespräch über den individuellen Bewältigungsstil von externen Belastungen und gibt damit einen ersten Hinweis auf ein mögliches Therapieziel (anders mit dem Gefühl der Überforderung umgehen, überschießende Kränkbarkeit bei fehlender Anerkennung überwinden etc.), zum anderen erlaubt es aber auch den Verweis auf die biologische Komponente einer psychischen Störung.

Th.: Hr. S., Sie sagen, die Belastungen in der Arbeit haben Sie depressiv gemacht, weil Sie sich das mehr zu Herzen nehmen als Ihre Kollegen und weil Sie schlechter abschalten können. Beides sind Themen, an denen man in einer Psychotherapie arbeiten kann. Andererseits kann man das, was Sie da beschreiben, die Kränkbarkeit und das „nicht abschalten Können“ auch schon als Beginn einer Krankheitsphase verstehen. Die Schulpsychiatrie würde sagen, am Anfang einer Depression ist man noch nicht schwer depressiv, sondern leichter irritierbar, leichter zu verunsichern, hat weniger Selbstvertrauen, ist bei normalen Anforderungen weniger effizient, bei höheren Anforderungen reagiert man schneller mutlos und verzweifelt. Ich will Sie jetzt

nicht von dieser Sichtweise überzeugen, ich will nur mit Ihnen gemeinsam überprüfen, ob man die Schwankungen in Ihrem Leben nicht auch so verstehen kann. Dafür wäre es sinnvoll, zu überlegen, ob sie vergleichbare Belastungen in der Arbeit zu anderen Zeitpunkten Ihres Lebens nicht ganz gut wegstecken konnten.

Da der Klient dies bejahte, war es möglich, das Scheitern an den Anforderungen im Berufsleben schon als Ausdruck der durch die Depression eingeschränkten Bewältigungskapazität zu begreifen.

Th.: Hr. S, wenn ich Sie jetzt richtig verstehe, gibt es Zeiten in Ihrem Leben, wo Sie nicht nur das „normale Leben“, sondern auch besondere

Anforderungen recht gut wegstecken. Und es gibt andere Phasen, wo neue Aufgaben, zusätzliche Belastungen nicht mehr toleriert werden und zu einem völligen Zusammenbruch führen. Darüberhinaus gab es auch noch eine Phase, in der Sie sich – für eine bestimmte Zeit – alles

zugetraut haben, wo Sie kaum gegessen und geschlafen haben, Ihren Job hinschmeißen wollten – aber nicht aus Verzweiflung, sondern weil Sie glaubten, anders mehr und schneller Geld zu verdienen, wo Sie Schulden gemacht und sich fast in den Ruin gestürzt hätten – und das alles, weil Sie sich in dieser Zeit alles zugetraut haben, weil Ihr Selbstbewusstsein fast grenzenlos war.

Hr. S.: Ja, das stimmt.

Th.: Für diese extremen Schwankungen im Blick auf die eigenen Möglichkeiten, auf das, was man in seinem Leben schaffen kann – einmal alles, einmal nichts – hat die Psychiatrie einen Namen.

Hr. S.: Ich weiß eh, manisch-depressiv.

Th.: Ja genau, Hr. S., wäre es für Sie ok, wenn wir noch ein bisschen darüber reden würden, welche Möglichkeiten mit einer medikamentösen Therapie verbunden wären, was Sie sich von den verordneten Medikamenten erwarten

dürften und was ein Verzicht auf diese Medikation, so weit man das aus kontrollierten Studien weiß, bedeuten würde?

In weiterer Folge wurde der Patient darüber informiert, dass nach mehr als drei Krankheitsphasen im Rahmen einer bipolaren Störung die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Episode bei 95 % liege. Ihm wurde mitgeteilt, dass bei ihm die nächste Phase mit großer Wahrscheinlichkeit schon innerhalb der nächsten zwei Jahre auftreten würde, und dass dieses Risiko durch die Einnahme eines Mood Stabilizers deutlich reduziert werden könne. Dann wurden die Gründe der Ablehnung genauer erfragt, da es für den weiteren Gesprächsverlauf wichtig

AUS MEINER ERFAHRUNG IST BEI VIELEN PATIENTEN MIT EINER AFFEKTIVEN ODER PSYCHOTISCHEN STÖRUNG DIE ARBEIT MIT BODENANKERN HILFREICHER ALS DIE THEMATISIERUNG VERSCHIEDENER „INNERER ANTEILE“, WEIL DIESE INTERVENTIONSFORM EHER DIE INTEGRATION FÖRDERT UND DURCH DIE BEWEGUNG IM RAUM IMPLIZIT DIE IDEE DER KONTROLLE VERMITTELT WIRD.

war, ob der eindeutig gegebenen Indikation für eine Phasenprophylaxe auch schwerwiegende Gründe gegenüberstanden. Eine aus Uninformiertheit erwachsende diffuse Ablehnung von Psychopharmaka ist hierfür nicht ausreichend.

Tatsächlich ergaben sich in dem Gespräch keine konkreten, negativen Vorerfahrungen. Die Phasenprophylaxe wurde zu früh abgesetzt, um ihre Wirksamkeit überprüfen zu können. Hr. S. hatte den Eindruck, dass er „diese Pulverln eh nicht spüre und daher absetzen“ könne. In solchen Fällen bewährt sich die Metapher des Sicherheitsgurtes: auch den soll man im Normalfall möglichst wenig spüren, aber das heißt keineswegs, dass er im Schadensfall unwirksam ist. In diesem Fall genügte eine kurz gefasste Aufklärung und die Einführung einer hilfreichen Metapher, um den Patienten von der Sinnhaftigkeit der Phasenprophylaxe zu überzeugen. Der Rest

der Stunde konnte dafür verwendet werden, den Wirkungsbereich der Psychotherapie abzustecken.

Th.: Gehen wir einmal davon aus, dass die Medikamente so wirken, wie wir es erwarten können – dann wird in den nächsten Jahren die Depression oder die Manie nicht mehr ungebremst über Sie hereinbrechen, aber sie wird vielleicht doch immer wieder anklopfen. Auf biologischer Seite können Ihnen die Medikamente eine gewisse Sicherheit bringen, aber einen hundertprozentigen Schutz geben Sie nicht. Was glauben Sie, bleibt für Sie übrig zu tun? Was können Sie aus Ihrer Erfahrung tun, um die Entwicklung einer Depression oder einer Manie zu verhindern – oder fangen wir mit der Frage an, die oft leichter zu beantworten ist – was müssten Sie tun, um die Entstehung einer Depression oder Manie zu fördern?

Hr. S. wusste erstaunlich viel darüber, was er „für eine Depression“ tun könnte. Ganz oben auf der Hitliste stand „Unzufriedenheit mit der Partnerschaft nicht ansprechen, sondern sich schweigend zurückziehen“. Dies war dann auch der erste Fokus in der therapeutischen Arbeit, wobei zunächst ressourcenorientiert gesichert wurde, was an dieser Beziehung schätzenswert war und nicht verändert werden sollte. In weiterer Folge wurde die Metapher der „anklopfenden Depression“ dahingehend abgewandelt, dass der Klient die Depression fallweise „besuche“, und zwar immer dann, wenn Kränkungen das Leben schwer machen. Hr. S. lernte immer besser, die „Einflüsterungen“ der Depression wahrzunehmen und diese dann gezielt aufzusuchen, um konkret zu erfassen, welche Bedeutungsgebungen und Handlungsaufforderungen mit dieser Position verbunden sind. Er wurde auch immer geübter darin, diesen Bedeutungsgebungen und Handlungsaufforderungen Alternativen gegenüberzustellen. Fallweise wurde dabei auch die „manische Position“ zu Rate gezogen. Da der Patient die räumliche Metapher („die Depression besuchen“) bevorzugte, arbeitete ich hier nicht mit inneren Anteilen, sondern vor allem mit Bodenankern.

Aus meiner Erfahrung ist bei vielen Patienten mit einer affektiven oder psychotischen Störung diese Interventionsform hilfreicher als die Thematisierung verschiedener „innerer Anteile“, weil die Arbeit mit Bodenankern eher

die Integration fördert und durch die Bewegung im Raum implizit die Idee der Kontrolle vermittelt wird („ich nehme diese Position ein“ statt – im schlimmsten Fall – „ich zerfalle in diese Teile“). Diese Ausführungen zum weiteren psychotherapeutischen Verlauf sollen darstellen, dass durch die Thematisierung des biologischen Aspekts der Krankheit dem psychotherapeutischen Prozess keineswegs das Wasser abgegraben wird, wenn die Therapeutin nicht selbst einer „Entweder–Oder-Lösung“ anhängt.

BEISPIEL 3:

*Schizoaffektiver Patient, 28-jährig,
nach der 4. stationären Behandlung*

Hr. G. leidet seit dem jungen Erwachsenenalter an einer schizoaffektiven Psychose. Er war deswegen schon viermal stationär psychiatrisch aufgenommen, die Krankheitsepisoden dauerten zwischen 3 und 10 Monate, die gesunden Intervalle dauerten zwischen 6 und 14 Monate. Hr. G. ist nach der letzten stationären Behandlung wieder ins elterliche Haus gezogen, da er es sich nicht mehr zugetraut hat, alleine zu leben. Sein Jusstudium führt er zögerlich weiter, die meiste Zeit verbringt er jedoch an der Rezeption des elterlichen Hotels.

Hr. G. hat ein sehr gespaltenes Verhältnis zur psychopharmakologischen Behandlung. Einerseits glaubt er, dass er ohne Psychopharmaka nicht mehr leben würde, da er in seinen depressiven Episoden von schweren Schuldgefühlen geplagt wird (der Patient fühlt sich dann jeweils schuldig am Scheitern der Ehe seiner Eltern) und er in diesen Phasen an quälenden Selbstmordimpulsen leidet. Andererseits lehnt er jegliche Dauertherapie, vor allem die dringend indizierte Phasenprophylaxe ab, weil er die Gewichtszunahme fürchtet („da finde ich nie eine Freundin“) und sich unter der Medikation in seiner musikalischen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt fühlt (Hr. G. spielt seit seiner Jugend leidenschaftlich Cello). Hr. G. war über die Medikamentenwirkung gut informiert, er war bei einem Facharzt mit viel Erfahrung in Behandlung, diverse Medikamente wurden ausprobiert, aber bei jedem stellte sich die subjektiv als so quälend erlebte „Gefühllosigkeit“ gegenüber der Musik ein.

Wenn der Verzicht auf eine Medikation mit einer so hohen Chronifizierungs- und letztlich Invalidisierungsgefahr einhergeht wie in diesem Fall (Hr. G. hat sein Jusstudium noch nicht abgeschlossen, seit zwei Jahren keine Prüfung abgelegt und war mehr als die Hälfte der Zeit in den letzten vier Jahren nicht arbeitsfähig), bemühe ich mich, mit allem Respekt, die gegen die Medikation vorgebrachten Argumente in Frage zu stellen.

„Hr. G., was glauben Sie, was schreckt eine potentielle Freundin mehr ab, 15 kg Übergewicht, oder die Aussicht, ihren Partner die Hälfte der Zeit nur auf der Psychiatrie besuchen zu können?“

„Hr. G., wir wissen ja nicht, ob die Phasenprophylaxe bei Ihnen perfekt wirkt, aber wenn sie so wirken würde wie bei Ihrer Mutter (die Mutter des Patienten leidet ebenfalls unter einer schizoaffektiven Störung und musste seit der Einnahme eines Mood Stabilizers nicht mehr stationär aufgenommen werden), würden Sie nicht mehr einmal jährlich im Krankenhaus behandelt werden müssen, hätten nicht mehr diese depressiven Phasen, in denen Sie sich vor lauter Schuldgefühlen nur mehr umbringen wollen... Mit ein bisschen Glück würde die Stabilisierung sogar so weit gehen, dass Sie Ihr Studium abschließen und ein selbständiges Leben führen können. Wenn

Sie das alles gegeneinander abwägen - stellen Sie sich vor, Sie wären so eine altmodische Waage mit zwei Schalen – auf der einen Seite die erwünschten Wirkungen der Medikation, auf der anderen Seite die unerwünschten – wie eindeutig ist diese Entscheidung?“

Mit Fragen wie diesen konnte zwar die Bedeutung der Gewichtszunahme relativiert werden, bezüglich der eingeschränkten musikalischen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit blieb der Patient aber unbeirrbar. Da an dieser Stelle keine Veränderung mehr zu erwarten war, wechselte ich das Thema und fragte nach dem Veränderungswunsch in der Psychotherapie.

„Hr. G., für den Fall, dass wir uns entscheiden, miteinander

zu arbeiten, was wäre denn Ihr Anliegen in der Psychotherapie, was würden Sie gerne verändern?“

Hr. G. erwähnte in diesem Zusammenhang seine Krankheitsphasen mit keinem Wort. Sein Therapieziel war die Bearbeitung seines Loyalitätskonfliktes gegenüber seinen Eltern. Sein Vater hatte seine Mutter „wegen ihrer Krankheit“ verlassen, was ihm Mutter und Sohn nie verziehen haben. Über Jahre unterband die Mutter jeglichen Kontakt zwischen Vater und Sohn, seit einiger Zeit gibt es wieder gelegentlichen Kontakt, in der manischen Phase wollte Hr. G. zu seinem Vater ziehen und in dessen Firma mitarbeiten, in den depressiven Phasen wird er von Schuldgefühlen geplagt und würde sich am liebsten am Schoß der Mutter einnisten. In den gesunden Phasen sucht Hr. G. – teilweise auch heimlich – die Nähe seines Vaters, verwendet dann aber die meiste Zeit dafür, ihm Vorwürfe wegen des „böswilligen Verlassens“ zu machen. Diese Geschichte stellt natürlich eine fast unwiderstehli-

WENN DER VERZICHT AUF EINE MEDIKATION MIT EINER HOHEN CHRONIFIZIERUNGS- UND LETZTLICH INVALIDISIERUNGSGEFAHR EINHERGEHT, BEMÜHE ICH MICH, MIT ALLEM RESPEKT, DIE GEGEN DIE MEDIKATION VORGEBRACHTEN ARGUMENTE IN FRAGE ZU STELLEN.

che Einladung für den Beginn einer Psychotherapie dar und war auch der Grund der Empfehlung durch den behandelnden Psychiater. Andererseits sind die Erfolgchancen für eine rein psychotherapeutische Behandlung bei einer schizoaffektiven Störung denkbar gering. In solchen Fällen thematisiere ich meine Ambivalenz im Sinne eines „therapeutischen Splittings“:

Th.: Ich bin in einem Dilemma. Die meisten Ärzte würden sagen, dass eine Psychotherapie ohne begleitende Phasenprophylaxe zum Scheitern verurteilt ist. Diese Ärzte würden sagen, Patienten dürfen sich unvernünftig oder selbstschädigend verhalten, aber Ärzte dürfen da nicht mittun. Viele würden es sogar für verantwortungslos halten, Ihnen

unter diesen Bedingungen eine Psychotherapie anzubieten, weil man Sie damit sozusagen darin bestätigt, dass dies eine Erfolg versprechende Behandlung ist. Und einerseits verstehe ich diese Ärzte, andererseits sehe ich es doch ein bisschen anders. Ich kann zwar Ihrer Ablehnung der Medikation inhaltlich nicht folgen, aber ich muss akzeptieren, dass Sie in diesem Punkt auf Ihrem Recht bestehen, eine selbständige Entscheidung zu treffen, selbst wenn sich diese, aller Wahrscheinlichkeit nach sehr negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Auf jeden Fall kann ich verstehen, dass Sie an Ihrer Art, Loyalität und Liebe in Ihrer Familie zu leben bzw. nicht leben zu können, etwas ändern wollen und dann spüre ich auch die Bereitschaft, Ihnen bei dieser Entwicklung zur Seite zu stehen und so gut es geht, für Sie hilfreich zu sein – selbst wenn Sie in anderen Punkten nicht dem ärztlichen Rat folgen.

Da die Entscheidung für eine Psychotherapie unter Verzicht auf die eindeutig indizierte Phasenprophylaxe für mich wirklich heikel erscheint, habe ich als Bedingung für den Beginn der Therapie noch um ein gemeinsames Gespräch zu diesem Thema mit der Mutter des Patienten gebeten. Der Patient war einverstanden, die Mutter erschien, ich legte wieder mein Dilemma dar und bat sie diesbezüglich um eine Stellungnahme. Fr. G. akzeptierte den Entschluss ihres Sohnes ohne große Einwände, was umso erstaunlicher war, als sie ja die stabilisierende Wirkung der Phasenprophylaxe „am eigenen Leib“ (oder an der eigenen Seele?) erlebt. Dieser scheinbare Widerspruch machte mich neugierig:

Th.: Fr. G., ich finde das sehr interessant. Sie selbst haben nach 15 Jahren schwerer Beeinträchtigung durch die Krankheit durch die Einnahme von Mood Stabilizern sehr profitiert. Sie waren jetzt seit einigen Jahren nicht mehr stationär aufgenommen, können auch die Firma wieder selbständig führen. Ihr Sohn hat die gleiche Krankheit, lehnt die Dauermedikation aber ab und ist in den letzten Jahren nur mehr ein Drittel der Zeit arbeitsfähig. Wie schaffen Sie es, da so gelassen zu bleiben, ihn nicht mehr zur Einnahme der Medikation zu drängen?

In ihrer Antwort verwies Fr. G. zunächst darauf, dass Sie für Ihren Sohn eine Privatstiftung eingerichtet habe, er also nicht arbeiten müsse. In den weiteren Ausführungen

wurde klar, dass die krankheitsbedingte Abhängigkeit des Sohnes (sie finanziert zur Gänze sein Leben) für die Mutter nur zu einem kleinen Teil ein Problem darstellt, vor allem erwächst daraus die Sicherheit, ihn nicht zu verlieren. Mutter und Sohn gehen täglich zusammen Mittagessen, meist treffen sie sich um 17 Uhr wieder zum Tee. Den Abend verbringen sie getrennt, „außer es geht ihm so schlecht, dass er mich braucht“. Die Mutter zahlt jede Behandlung, „damit er gesund wird“, aber ein wirkliches Interesse an einer altersadäquaten Lebensführung des Sohnes hat sie nicht. Vor diesem Hintergrund wurde verständlich, warum die Mutter nicht zur Einnahme der Phasenprophylaxe drängt, es wurde aber auch abschätzbar, wie weit der von Hr. G. genannte „Loyalitätskonflikt“ gehen könnte, da ja „gesund werden“ auch eine Distanzierung von der Mutter bedeuten würde. Das Gespräch über die Medikation war daher für die Rahmung des psychotherapeutischen Prozesses sehr hilfreich, bezüglich Medikation erbrachte es keine Veränderung. Zu meiner persönlichen Absicherung dokumentierte ich die wesentlichen Inhalte (Aufklärungsgespräch im Beisein der Mutter – Patient ist gut informiert, wurde über die Risiken eines Verzichts aufgeklärt, bleibt, gegen ärztlichen Rat, bei seinem Entschluss nur psychotherapeutisch behandelt zu werden) und begann mit der Psychotherapie, die übrigens dazu führte, dass Hr. G. in „gesunden Phasen“ etwas ambivalenzfähiger gegenüber seinen Eltern wurde und überlieferte Überzeugungen über Täter und Opfer in der Familie ansatzweise in Frage stellen konnte. Dies führte auch zu einer Annäherung zu seinem Vater, was von der Mutter sogar toleriert wurde. All dies änderte aber nichts Wesentliches am Krankheitsverlauf.

ZEUGENSCHAFT, DOKUMENTATION, UNTERSCHRIEBENE BESTÄTIGUNG

In einem ärztlichen Behandlungsethos ist eine umfassende Aufklärung, der Hinweis auf Risiken bei Unterlassung einer empfohlenen Behandlung und die Dokumentation derselben zentral. In der täglichen Alltagsroutine verkommt dieser hohe Anspruch häufig zu einem Formalismus, der nur der rechtlichen Absiche-

nung der Behandelnden dient. Wie aus den Fallbeispielen ersichtlich, geht es mir bei der Aufklärung keineswegs darum, mich in einem raschen Formalakt rechtlich abzusichern, sondern primär um eine Verhandlung über Behandlungsstrategien. Ich stelle dabei das Erfahrungswissen meiner Profession zur Verfügung und verhandle mit der Patientin ein für alle vertretbares *Procedere*. Wenn dabei das Erfahrungswissen der Psychiatrie nicht in ausreichendem Masse berücksichtigt wird (indem z.B. eine eindeutig indizierte Maßnahme abgelehnt wird), dokumentiere ich meine diesbezüglichen Aufklärungsbemühungen. In trivialen Situationen genügt ein Vermerk („Patientin wurde über die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung informiert, lehnt diese aber derzeit ab“). In heikleren Situationen versuche ich, einen Angehörigen beizuziehen und/oder verfasse mit der Patientin gemeinsam eine Bestätigung über die Aufklärung und den Hinweis auf die konkreten Risiken, welche ich dann fallweise auch unterschreiben lasse.

Diese Vorgehensweise mag übertrieben erscheinen, da in Österreich bislang Klagen gegen PsychotherapeutInnen in diesem Zusammenhang nicht oder kaum vorkamen. Ich halte diese Prozedur dennoch für sinnvoll, nicht zuletzt, weil damit die Ernsthaftigkeit der Situation verdeutlicht wird.

Nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen müssen diese Prozedur evtl. abwandeln. In besonders kritischen Fällen habe ich in der Supervision auch schon die Forderung einer „psychiatrischen Freigabe“ zur Psychotherapie vorgeschlagen. Eine Therapeutin, die berechtigte Zweifel hegte, dass die vom Patienten gewünschte Psychotherapie ohne begleitende Medikation zum Scheitern verur-

teilt sei und sich davor fürchtete die Verantwortung dafür alleine zu tragen, gab diesem Patienten einen Dreizeiler mit, den die behandelnde Psychiaterin beantworten sollte: „Hr. X. möchte wegen seiner schweren Depression bei mir eine Psychotherapie machen. Er ist aber fest entschlossen, seine Antidepressiva abzusetzen.“

IN DEN MEISTEN FÄLLEN WERDEN PSYCHOTHERAPEUTINNEN MIT ZWEIFEL BEZÜGLICH DER PSYCHOPHARMAKOLOGISCHEN BEHANDLUNG GENAU SO UMGEHEN KÖNNEN WIE MIT ALLEN ANDEREN ENTSCHEIDUNGSSITUATIONEN: ÜBERPRÜFEN, OB DER INFORMATIONENSTAND FÜR DIE ENTSCHEIDUNG AUSREICHT, DIE ARGUMENTE FÜR UND GEGEN DIE OPTIONEN ERFRAGEN, DIE ZUGRUNDE LIEGENDEN BEDÜRFNISSE UND MOTIVE UNTERSUCHEN UND DIE KONSEQUENZEN ABWÄGEN.

Ich bitte Sie um eine Stellungnahme, ob unter diesen Umständen der Beginn einer Psychotherapie aus psychiatrischer Sicht verantwortbar ist.“ Durch dieses Vorgehen muss der Patient seinen Absetzwunsch offen mit der behandelnden Fachärztin besprechen, diese muss sich mit den Bedenken des Patienten auseinandersetzen und etwaige Alternativen besprechen sowie eine Einschätzung der erwartbaren Risiken beim Absetzen formulieren. Für die behandelnde Therapeutin ist damit gesichert, dass die Psychiaterin über die Absetzwünsche Bescheid weiß, wodurch die Verantwortung geteilt ist. In vielen anderen Fällen ist es für die nicht-ärztliche Psychotherapeutin hilfreich, eine Fachärztin Ihres Vertrauens zu finden, zu der sie PatientInnen zur Einholung einer „zweiten Meinung“ schicken kann.

SCHLUSSBEMERKUNG

In diesem Beitrag wurde die spezifische Verantwortung von PsychotherapeutInnen bei der Behandlung von

PatientInnen mit einer schweren – aus psychiatrischer Sicht medikamentös behandlungsbedürftigen – psychischen Störung diskutiert. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass das wahrscheinlich größere gesundheitspolitische Problem die unkritische Verschreibung und Einnahme von Psychopharmaka – vor allem von Benzodiazepinen – darstellt. Auch hier können PsychotherapeutInnen bewusstseinsbildend wirken, indem sie Dauerverschreibungen in Frage stellen und PatientInnen motivieren, sich diesbezüglich gut aufklären zu lassen.

In sehr vielen Fällen ist die Entscheidung für oder gegen ein Medikament auch „Geschmackssache“. Ob jemand mit einer leichten bis mittelschweren Depression oder Angststörung einen SSRI schlucken will oder darauf lieber verzichtet und „statt dessen“ eine Psychotherapie beginnt, kann man mit ruhigem Gewissen der Betroffenen selbst überlassen. Ich führe da häufig die Metapher des Rettungsringes oder der Schwimmweste ein. Das Medikament ist wichtig, wenn es darum geht, den Kopf über Wasser zu halten. Wer das aus eigener Kraft kann, muss nicht zur Einnahme eines Antidepressivums überredet werden. Gleichzeitig veranschaulicht diese Metapher, dass das Medikament meist nicht ausreicht, um sich fortzubewegen und an ein neues Ufer zu kommen. Um die unterschiedlichen Wirkprinzipien von psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung zu veranschaulichen, ist folgende Formulierung häufig hilfreich: „Das Medikament hält Ihren Kopf über Wasser, aber schwimmen müssen Sie selber. Sie müssen sich einen Überblick verschaffen, was Sie ändern wollen, Sie müssen die Richtung bestimmen, wohin es gehen soll, dabei kann Ihnen die Psychotherapie helfen.“

In den meisten Fällen werden PsychotherapeutInnen mit Zweifel bezüglich der psychopharmakologischen Behandlung genau so umgehen können wie mit allen anderen Entscheidungssituationen: überprüfen, ob der Informationsstand für die Entscheidung ausreicht, die Argumente für und gegen die Optionen erfragen, die zugrunde liegenden Bedürfnisse und Motive untersuchen und die Konsequenzen abwägen. In vergleichsweise wenigen Fällen wird es nötig sein, eine deutliche Position einzunehmen. Häufig sind PatientInnen dann auch

leicht zu überzeugen („Wenn Sie es auch so sehen...“), weil sie vor allem eine Erlaubnis gebraucht haben, es nicht „aus eigener Kraft“ schaffen zu müssen. Nur wenn es tatsächlich große Widerstände aber eine eindeutige Behandlungsindikation gibt (vor allem bei psychotischen, schizoaffektiven, schweren rezidivierenden depressiven und bipolaren Störungen) kann die „Verhandlung“ der Medikation auch in Psychotherapien einen größeren Platz einnehmen. In solchen Fällen bewährt es sich zumeist, wie in den Fallgeschichten ausgeführt, ein „Dilemma“ oder eine „Sorge“ zu thematisieren. Dies erlaubt, die Rationalität der „großen Zahlen“, das evidenzbasierte Wissen der Psychiatrie - ins Gespräch einzuführen und dennoch die Individualität und spezifischen Bedürfnisse des Einzelnen im Auge zu behalten.

DR. ELISABETH WAGNER

ist Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeutin, Psychotherapeutin SF, Lehrtherapeutin an der la:sf; Tätigkeit in Institutionen zur Suchtbehandlung und in freier Praxis

LITERATUR

Kandel, E. R.; Schwartz, J. H.; Jessell, T. M. (1996): Neurowissenschaften. Heidelberg: Spektrum
Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe

ANHANG

Die wichtigsten Psychopharmaka

- I) hochpotente Neuroleptika: bei Psychosen, schizoaffektiven Störungen und Manien zur Akutbehandlung und (teilweise) zur Rezidivprophylaxe
- II) niederpotente Neuroleptika: zur symptomatischen Behandlung von Angst, Unruhe und Schlafstörungen bei versch. psychiatrischen Erkrankungen
- III) Antidepressiva: zur Behandlung depressiver Episoden, häufig auch zur Rezidivprophylaxe bei rezidivierenden Depressionen
- IV) Mood Stabilizer: dienen der Phasenprophylaxe bei bipolaren und schizoaffektiven Störungen

- V) Tranquilizer und Hypnotika: „Beruhigungsmittel“ und „Schlafmittel“, Achtung: Gewöhnungs – und Suchtgefahr, sollten nur vorübergehend zur Anwendung kommen

Ad I) hochpotente Neuroleptika

- 1) „ältere“ Neuroleptika (z.B. Fluanxol, Haldol, Cisordinol): insgesamt gute Wirkung gegen produktive Symptomatik, jedoch extrapyramidale Nebenwirkungen, keine Wirkung gegen Negativsymptomatik; auch als Depotpräparat zur Injektion geeignet
- 2) atypische Neuroleptika (z. B. Leponex, Risperdal, Zyprexa, Solian, Seroquel, Zeldox): gute Wirkung gegen produktive Symptomatik, mäßige Wirkung gegen Negativsymptomatik, keine oder kaum extrapyramidale Nebenwirkungen, spezifisches Nebenwirkungsprofil beachten (metabolische Nw); Depotpräparat nur von Risperdal verfügbar
Atypikum der nächsten Generation: Abilify-partieller Dopaminagonist; besonders gute Wirksamkeit gegen Negativsymptomatik und kognitive Beeinträchtigung

Ad II) niederpotente Neuroleptika, z. B. Truxal, Melleril, Buronil, Dominal, Nozinan

Ad III) Antidepressiva

- 1) „ältere“ Antidepressiva (z. B. Saroten, Anafranil, Ludiomil, Tolvon, Trittico): wegen höherer Nebenwirkungsrate in der Behandlung der Depression Medikamente der zweiten oder dritten Wahl; zur Behandlung von Schlafstörung sind einzelne Medikamente dieser Gruppe jedoch noch immer indiziert
- 2) serotonerge Substanzen (z. B. Fluctine, Mutan, Fluoxetin Genericon, Floxyfral, Seropram, Seroxat, Paroxetin Genericon, Cipralext, Gladem, Tresleen): wegen günstigen Nebenwirkungsprofils erste Wahl bei Depression und Angststörungen; unterstützend auch bei Zwangsstörungen und evtl. bei Eßstörungen
- 3) noradrenerge Substanzen: Edronax
- 4) kombiniert noradrenerg-serotonerge Substanzen: Mirtaron, Mirtabene, Efectin, Cymbalta
- 5) atypische Antidepressiva: z. B. Wellbutrin, blockt die Wiederaufnahme der Neurotransmitter Noradrenalin und Dopamin im Gehirn

- 5) pflanzliche Antidepressiva: div. Johanniskrautextrakte, z. B. Jarsin (mind. 900 mg), bei leichten bis mittelschweren Depressionen gut wirksam; im Sommer wegen der Induktion von Sonnenunverträglichkeit nur eingeschränkt einsetzbar.

Ad IV) Mood Stabilizer (Phasenprophylaktika):

Quilonorm (Lithium), Neurotop, Trileptal, Depakine chrono ret., Lamictal, etc.; dienen der Prophylaxe von Krankheitsepisoden bei bipolar affektiven oder schizoaffektiven Störungen; für all diese Substanzen sind regelmäßige Blutspiegelkontrollen erforderlich.

Ad V) Tranquilizer und Hypnotika

- 1) Benzodiazepine: Substanzgruppe mit unterschiedlicher Ausprägung folgender vier Eigenschaften: angstlösend, schlafanstoßend, muskelrelaxierend, antiepileptisch – Achtung: Gewöhnungspotential – Suchtgefahr!
 - a) Tagertranquilizer (mehr angstlösend, weniger schlafanstoßend): z. B. Xanor,
 - b) „Breitbandtranquilizer“ (angstlösend und schlafanstoßend): Valium, Gewacalm, Praxiten, Temesta, Lexotanil
 - c) Hypnotika (schlafanstoßend): Halcion, Rohypnol, Noctamid, Mogadon
- 2) chemisch andersartige Schlafmittel: Ivadal, Zoldem (vermutlich geringeres Abhängigkeitspotential als bei Benzodiazepinen), trotzdem für langfristige Behandlung nicht geeignet

HINWEIS

Zur besseren Lesbarkeit wurde im Singular die weibliche Form personenbezogener Hauptwörter gewählt. Frauen und Männer werden jedoch mit dem Text gleichermaßen angesprochen.

© Dr. Elisabeth Wagner