

Zur Bedeutung von Psychopharmaka – Bericht aus der Praxis

S. Kretschmann

In der Zeitschrift *Widerspruch* ist ein Text von Marc Rufer mit dem Titel «Ordnungsmacht Psychiatrie» erschienen [1]. Darin äussert sich Rufer pointiert zur «flächendeckenden Abgabe von fragwürdigen Psychopharmaka». Obwohl er keinen Bezug zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis macht und zudem aus meiner Sicht streckenweise realitätsfremd argumentiert, hat mich sein Text zu folgenden Zeilen angeregt.

Seit bald 15 Jahren arbeite ich in einer psychoanalytisch orientierten psychiatrischen Privatpraxis in der Stadt Zürich. Neben einigen chronischkranken Patientinnen und Patienten, die ich begleite und betreue, sind die Patientinnen und Patienten, die in analytischer Psychotherapie oder Analyse stehen, die grösste Gruppe. Daneben gibt es auch Abklärungen, Kriseninterventionen, Supervisionen und die kontinuierliche Arbeit mit analytischen Gruppen.

Von meinen gegenwärtig fast 50 Patientinnen und Patienten schlucken in etwa zwei Drittel Psychopharmaka. Davon machen Antidepressiva die weitaus grösste Gruppe aus. Für eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapeutin und Psychiaterin nicht wenig, wie mir selber scheint. So muss ich also Rufer beipflichten, der von einer «flächendeckenden Abgabe» von Psychopharmaka schreibt. Um so mehr, wenn ich an die Werbung für die neuen Psychopharmaka denke, die auch mir jeden Tag ins Haus flattert. Auch beunruhigt mich, dass die Fortbildung im Bereich der Psychopharmakotherapie fast nur noch von Pharmafirmen angeboten wird.

Im konkreten Einzelfall entfaltet sich die Wirkung der Psychopharmaka in einem komplexen Prozess von subjektiven und objektiven Faktoren. Der «subjektiven» Erfahrung der Patientinnen und Patienten mit Psychopharmaka kommt in meinem Verständnis eine grosse Bedeutung zu. Neben dem, was den Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Umgang mit Medikamenten bewusst ist, gehe ich davon aus, dass auch Unbewusstes mitwirkt. Medikamente sind immer mit unterschiedlichsten Bedeutungen «aufgeladen», die sich im Laufe einer Therapie auch verändern können. So können im psychoanalytischen Verständnis Medikamente die Funktion eines «Übergangsjektes» übernehmen. Das heisst,

eines Stoffes, der sowohl real ist, als auch mit Vorstellungen und Phantasien «beladen» ist.

Im biologischen Verständnis hingegen kommt der therapeutischen Beziehung nur eine untergeordnete Bedeutung zu, im Vordergrund steht die messbare, «objektive» Wirkung von Medikamenten auf den Neurotransmitterhaushalt. Damit kann jedoch das «subjektive» Erleben der Patientinnen und Patienten nicht erklärt werden. Psychische Erkrankungen sind mit Sinnfragen verbunden. Wie und warum Psychopharmaka therapeutisch wirksam sind, ist letztlich eine offene Frage. Zwischen dem biologischen und dem psychologischen Verstehen gibt es «einen Sprung».

Rufer beschreibt anschaulich Entwicklung und Ausbreitung der biologischen Psychiatrie. Dieses Teilgebiet der Psychiatrie war während meiner Studienzeit, Anfang der achtziger Jahre, im «bio-psycho-sozialen» Modell enthalten. Mit dem Fortschritt der neurobiologischen Forschung rückte dann das Gehirn als Organ in den Mittelpunkt des Interesses der Psychiatrieforschung. Die Vorstellung, dass Neurotransmitter unser psychisches Befinden bestimmen, hat an Bedeutung gewonnen. Über lange Zeit habe ich diese Gewichtsverlagerung weg von den psychischen und sozialen Faktoren kaum wahrgenommen. Heute sind wir schon soweit, wie Rufer schreibt, dass diskutiert wird, den Begriff «Psychiatrie» durch «Angewandte Neurowissenschaft» zu ersetzen. Diese Entwicklung, die ganz direkt mein Arbeitsfeld und berufliches Selbstverständnis betrifft, beschäftigt mich, und wie ich weiss viele meiner Kolleginnen und Kollegen.

Rufer zitiert den Psychiater Asmus Finzen: «Es ist nicht mehr die psychosoziale Entwicklung, insbesondere jene der frühen Kindheit, die über die seelische Gesundheit und Krankheit entscheidet, sondern die Balance der Neurotransmitter.» Diese Entwicklung macht auch dem deutschen Philosophen Jürgen Habermas Sorge. Ausgedrückt in der etwas komplizierteren Sprache des Philosophen: «Das heute in den Kognitionswissenschaften wieder belebte cartesianische Bild der rekursiv in sich verschlossenen Bewusstseinsmonade, die in einer opaken Beziehung zum organischen Substrat ihres Gehirns und ihrer Genoms steht, führt in die Irre.»

1 Rufer M. Ordnungsmacht Psychiatrie. *Widerspruch* (Zürich) 2004;24(46):109-21.

Korrespondenz:
Dr. med. Susanna Kretschmann
Neptunstrasse 14
CH-8032 Zürich

E-Mail: skretschmann@hin.ch

Der Stellenwert der Antidepressiva in meiner Praxis

Wie erwähnt schlucken zwei Drittel meiner Patientinnen und Patienten Psychopharmaka. In den meisten Fällen sind es Antidepressiva, so dass ich mich im folgenden auf diese Medikamentengruppe beziehe. Ein Beispiel: Eine Patientin ist durch ihren depressiven Zustand im Alltag sehr eingeschränkt, sie hat die Freude am Leben verloren, kann schlecht schlafen, kaum mehr arbeiten und zieht sich zunehmend von ihrer vertrauten Umgebung zurück. Hier finde ich es angebracht, mit ihr über die Möglichkeit einer medikamentösen Therapie zu sprechen. In meiner Vorstellung haben Antidepressiva die Bedeutung von «Krücken». In solchen Fällen haben die Antidepressiva meistens die gewünschte Wirkung. Ob allerdings Placebos dieselbe Wirkung hätten, kann ich nicht sagen.

Antidepressiva als «Krücken» können auch widersprüchliche Gefühle auslösen. Für Menschen, denen die Vorstellung vertraut ist: «Ich muss alles alleine machen», kann es einerseits eine Entlastung sein, sich zu erlauben, ein Medikament zu akzeptieren. Andererseits kann das Einnehmen eines Medikamentes auch als Kränkung erlebt werden. Sich eingestehen müssen, dass man es nicht alleine schafft, ist auch ein Verzicht auf Omnipotenz – auch für die Therapeutin.

Wenn eine Besserung eintritt, so steht in den meisten Fällen nach einer gewissen Behandlungszeit einer schrittweisen Absetzung der Antidepressiva nichts mehr entgegen. Das Absetzen von Antidepressiva ist jedoch oftmals nicht einfach. Etliche meiner Patientinnen und Patienten, die Antidepressiva nehmen, sind im klinischen Sinne nicht mehr «depressiv». Sie äussern jedoch grosse Ängste, wenn es um die Frage geht, das Medikament abzusetzen. «Was ist, wenn es mir wieder so schlecht geht?» «Was ist, wenn ich wieder nicht funktioniere?» Sie haben die Befürchtung, ohne die von den Medikamenten gegebene vermeintliche Sicherheit nicht mehr leben zu können. Damit geben sie vordergründig dem Medikament eine grössere Bedeutung als der Psychotherapie. Behandlungstechnisch ein Dilemma. Erst wenn die Bearbeitung dieser Problematik einen Verzicht auf Antidepressiva ermöglicht, kann sich im weiteren Therapieverlauf zeigen, ob die gemeinsame psychotherapeutische Arbeit Früchte trägt. Falls der Verzicht nicht möglich wird, besteht die Gefahr der «Chronifizierung».

Ein weiteres Beispiel: Einer Patientin, die zu Beginn der Behandlung in einem schwer depres-

siven Zustand war, habe ich zusätzlich zur Psychotherapie auch Antidepressiva verordnet. Obwohl ihr depressiver Zustand sich deutlich verbessert hat, muss ich feststellen, dass die von mir thematisierte Frage einer Reduktion der Medikamente bei ihr nicht ankommt. Obwohl es ihr besser gehe, könne und wolle sie sich nicht mit dem Absetzen der Medikamente auseinandersetzen. Bei der Bearbeitung dieser Thematik erfahre ich, dass sie in einer abhängigen Beziehung zu ihrem Ehemann steht und wie wichtig es für sie ist, dass ihr Mann im Spiegelschrank des Badezimmers die Medikamente sieht. Sie dürfe nämlich nur als Kranke zu mir in Behandlung kommen. Da sind viele Fragen miteinander verknüpft. Welche Bedeutung haben die Medikamente in der therapeutischen Beziehung? In der Ehe? Was macht denn so Angst? Bedroht die Therapie die Ehe? Bedroht die Ehe die Therapie?

Wie ich zu zeigen versuchte, haben etliche meiner Patientinnen und Patienten die Vorstellung, sie könnten nicht mehr ohne Antidepressiva «funktionieren», obwohl sie meines Erachtens im klinischen Sinne, das heisst im objektiven Sinne, nicht mehr depressiv sind. Folglich könnte hier von einer subjektiven «psychosozialen» Abhängigkeit gesprochen werden.

Zum Schluss möchte ich noch einmal auf den Text «Ordnungsmacht Psychiatrie» von Rufer zurückkommen: «Die Psychiatrie hat eine Doppelfunktion: nicht nur soll sie psychisch leidenden Menschen helfen, sondern sie hat auch eine Ordnungsfunktion beziehungsweise übt soziale Kontrolle aus.» Ich denke, die von Rufer beschriebene Doppelfunktion gilt auch für den Bereich der Psychopharmakotherapie.

Einerseits sind Medikamente in meiner psychotherapeutisch-psychiatrischen Arbeit hilfreich. Gleichzeitig fühle ich mich zunehmend dazu gedrängt, medikamentöse Therapien zur Erhaltung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit fraglos weiterzuführen. Die Firma Pfizer schreibt in ihrer aktuellen Ärztinformation zum Medikament Zoloft, dass «eine Langzeitbehandlung nicht nur erforderlich ist, um Rezidive zu verhindern, sondern auch langfristig zur Stabilisierung der psychosozialen Fähigkeiten der Patienten beiträgt, wodurch deren Umgang mit ihrem Umfeld erleichtert wird».

Auch die Psychopharmakotherapie steht im Spannungsfeld der Unterstützung innerer Entwicklungsprozesse und dem äusseren Zwang, zu funktionieren. Diesen Widerspruch gilt es in meiner Arbeit auszuhalten. Ich stelle die therapeutische Beziehung ins Zentrum, ergänzt wenn nötig mit einem Medikament als in der Regel zeitlich begrenzte Unterstützung.