

Beziehungsorientierte Medikamentenbehandlung

Nils Greve

Pharmakotherapie: Stand der Dinge

Die Verordnung von Medikamenten ist seit der Entdeckung differenzierter psychotroper Wirkungen und der Markteinführung der ersten Neuroleptika, Antidepressiva und Phasenprophylaktika um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die dominierende Form der Behandlung psychischer Erkrankungen. In den diagnosespezifischen Leitlinien – zumindest in Deutschland – wird allenfalls Psychotherapie nahezu gleichrangig bewertet, sie steht allerdings in der Praxis vielen psychisch Kranken nicht oder nur mit langen Wartezeiten zur Verfügung. Die meisten übrigen Behandlungsformen sind in einer gesonderten Leitlinie »Psychosoziale Therapien« zusammengefasst und haben somit, wenn auch mit großer Verspätung, immerhin die offizielle Anerkennung als wirksame Therapieformen erhalten.

Gleichwohl besteht unverkennbar eine Tendenz zum vorrangigen Einsatz von Psychopharmaka, sowohl in der klinischen Akutbehandlung als auch in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Neue, »umsatzfördernde« Diagnosen wie ADS und ADHS haben dazu beigetragen, und mit DSM 5 sowie einer zu erwartenden ähnlichen Weiterentwicklung der ICD ist wohl mit einer weiteren Zunahme psychiatrischer Diagnosen und daraus folgender Pharmakotherapie zu rechnen.

Diesem Wachstumstrend steht allerdings eine wachsende Skepsis gegenüber, genährt durch die Entzauberung der atypischen Neuroleptika mit ihren doch erheblichen Nebenwirkungen, die neuerdings verstärkt diskutierten schweren unerwünschten Wirkungen der gesamten Gruppe der Antipsychotika, die relativ geringe Wirkstärke der Antidepressiva bei leichten und mittelschweren Depressionen und diverse Studien zu mindestens gleich guten Ergebnissen von vorwiegend ambulanten Behandlungssettings, die in erster Linie auf nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien setzen.

Einbettung der Pharmakotherapie

Ohne diese Wertungen im Rahmen meines kurzen Beitrages ausführlich begründen und diskutieren zu können, möchte ich aus den geschilderten Tendenzen die Schlussfolgerung ziehen, dass Pharmakotherapie – insbesondere bei psychischen Erkrankungen – in multimodale und lebensweltorientierte Behandlungsstrategien eingebettet und »beziehungsorientiert« erfolgen sollte, also im Rahmen einer psychotherapeutisch unterlegten »sprechenden Medizin«.

Diese Forderung wird beispielhaft umgesetzt von den Ansätzen der Akutbehandlung in Soteria-Häusern und des Need Adapted Treatment nach skandinavischen Vorbildern. Beiden ist die Grundvorstellung gemeinsam, dass akute Psychosen nicht in erster Linie als »Krankheiten« anzusehen seien, deren Symptome so schnell wie möglich beseitigt werden müssen, sondern als existenzielle »Krisen«, die eine

individuell zu gestaltende Krisenintervention erfordern, in deren Kern verlässliche, kontinuierliche, um flexible Anpassung an individuelle Bedürfnisse bemühte Beziehungen stehen.

Der Einsatz von Psychopharmaka – insbesondere Neuroleptika – ist in beiden Ansätzen nachrangig; er wird zwar nicht komplett vermieden, aber doch beschränkt auf Fälle, in denen ohne sie eine ausreichende Besserung nicht erzielt werden kann. Beide Ansätze haben nachweislich mindestens gleich gute, zum Teil deutlich bessere Behandlungsergebnisse aufzuweisen als eine traditionelle, medikamentenzentrierte Vorgehensweise.

In ähnliche Richtung weist der Ansatz der »Recovery«, der »Genesung« nicht primär als Symptomfreiheit, sondern als erfolgreiche Lebensbewältigung definiert mit möglichst selbständiger Lebensführung, größtmöglicher Teilhabe am Arbeits- und am sozialen Leben und möglichst großer persönlicher Zufriedenheit.

Auch wenn die genannten Konzepte für die Behandlung von Psychosen entwickelt wurden, erscheint mir dieses Herangehen auch für andere schwere psychische Erkrankungen angemessen: Eine Engführung auf Symptombeseitigung durch Pharmakagabe sollte überwunden werden zugunsten einer multimodalen, auf einer im weiteren Sinne therapeutischen Beziehungsgestaltung beruhenden Behandlung, die ihre Ergebnisse an der Lebenswirklichkeit der Patienten ausrichtet.

Helpende Beziehungen

Viele unserer Patienten weisen eine von missglückten, wenig haltgebenden, vielfach traumatisierenden Beziehungserfahrungen geprägte Biografie auf. Eine akute psychiatrisch relevante Symptomatik ist dann oft nur die Spitze des Eisbergs. Die Behandlung sollte darum von vornherein neben der Besserung des akuten Befindens eine positive erlebte, die früheren negativen Erfahrungen korrigierende Beziehung anbieten, insbesondere bei langen Behandlungsverläufen.

Während dieses Postulat durch Ergebnisse der Bindungstheorie ebenso gestützt wird wie durch alle etablierten Psychotherapieverfahren, ist der Aufbau einer guten helfenden Beziehung – mit Ausnahme der Regel-Psychotherapie – für sich genommen keine vergütungs begründende Hilfeart. Obwohl es sich hier nach meiner Überzeugung um das wesentliche Agens psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen handelt, muss die erforderliche Zeit in der ärztlichen Behandlung ebenso wie beispielsweise in der Eingliederungshilfe auf dem Umweg über einzelne Behandlungsmaßnahmen begründet werden.

Leitideen beziehungsorientierter Behandlung

Eine beziehungsorientierte Pharmakotherapie sollte sich an folgenden Leitideen orientieren:

1. Psychopharmaka sollten kein Selbstzweck sein, sondern zur Förderung der Genesung (im Sinne des Recovery-Konzepts) eingesetzt werden, d. h. Hindernisse

beim Aufbau bzw. der Wiedergewinnung sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen beseitigen helfen.

2. Die individuellen Genesungsziele sollte der Patient so weit wie möglich selbst bestimmen, der Arzt sollte ihn dabei unterstützen.
3. Die von diesen Zielen ausgehenden Verhandlungen über Auswahl und Dosierung von Psychopharmaka sollten zu Ergebnissen führen, die eher den Charakter von Vereinbarungen als von Verordnungen haben.
4. Bei der Umsetzung dieser Vereinbarungen, also der Einnahme der Medikamente, sollte es in erster Linie um die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten gehen. Eine Nicht-Einnahme sollte nicht als mangelnde Compliance aufgefasst und bekämpft werden, sondern sollte Anlass zur Überprüfung der Vereinbarungen sein.
5. Die Grenzen der Eigenverantwortung sollten seitens der professionellen Helfer zurückhaltend gesetzt und transparent kommuniziert werden. Außerhalb akuter Eigen- oder Fremdgefährdung muss den Patienten der Freiraum erhalten bleiben, Behandlung auch dann abzulehnen, wenn sie aus ärztlicher Sicht geboten ist. Zu einer langfristigen zuverlässigen Einnahme sind viele Betroffene erst dann bereit, wenn sie sich durch eigene Erfahrung davon überzeugt haben, dass es anders nicht geht; dazu gehört dann eben auch die erneute Psychose oder Depression bei unzumutbaren Absetzversuchen.
6. Depot-Neuroleptika sollten nur in begründeten Einzelfällen eingesetzt werden, da sie sich zur Förderung der Eigenverantwortung der Patienten deutlich schlechter eignen als orale Darreichungsformen.
7. Die Notwendigkeit einer Medikamenteneinnahme sollte regelmäßig gemeinsam überprüft werden. Die Aufforderung zum und die Unterstützung beim Reduzieren und Absetzen von Medikamenten gehört zur ärztlichen Behandlungskunst.