

Pharmakobehandlung bei Neurosen als mögliches Therapie-Hemmnis

S. Priebe

Angesichts der gelegentlichen Hilflosigkeit von Arzt und Patient bei der Behandlung neurotischer Störungen stellt die Pharmakotherapie manchmal für beide einen Ausweg dar, welcher sich jedoch langfristig zuweilen als trügerisch erweist. Ein wesentliches Problem ist, inwiefern durch die Pharmakotherapie Einstellungen und Erwartungen des Patienten über Veränderungsmöglichkeiten des eigenen Zustandes beeinflusst und aktives Problemlöseverhalten sogar erschwert werden können.

Pharmacotherapy in Neuroses as a Possible Impediment of Treatment: Regarding doctor's and patient's helplessness in the treatment of neurotic disorders, pharmacotherapy seems to be a way out for both, which sometimes turns out to be

deceptive in the long run. One essential problem is, how patients' attitudes and expectations about possible ways to change their condition are influenced and how active problem solving behaviour may even be inhibited.

Die Behandlung von neurotischen Störungen kann für den Arzt wie für den Patienten sehr belastend und schwierig sein.

Der Arzt sieht sich mit einem zu meist erheblichen Leidensgefühl des Patienten konfrontiert, dessen Beschwerden zum Teil schwer faßbar und kaum objektivierbar sind. Gleichzeitig wird von ihm erwartet, daß er möglichst rasch eine Besserung herbeiführt, während er selbst sich eventuell psychotherapeutisch nicht hinreichend ausgebildet fühlt und der mögliche zeitliche Aufwand begrenzt ist. Die Folgen können Unzufriedenheit mit der eigenen mangelnden Kompetenz und Ärger gegenüber dem Patienten sein. Der Patient sieht sein Lebensgefühl durch seine Symptomatik beeinträchtigt und erwartet baldige Hilfe vom Arzt. Hinweise auf unangemessene Ansprüche oder auf eine problematische Lebenssituation und konkrete Ratschläge zu deren Veränderung können doch häufig vom Patienten

nicht angenommen werden und verheißen zudem nur selten eine schnelle Besserung.

Verschreibung von Psychopharmaka

Aus dieser unbefriedigenden Situation gibt es einen für beide Seiten auf den ersten Blick recht attraktiven Ausweg: die Verschreibung von Psychopharmaka. Wie bei somatisch erkrankten Patienten auch kann der Arzt ein Rezept ausschreiben und die gewohnte Expertenrolle beibehalten. Für den Patienten ist die Einnahme von Medikamenten, verglichen etwa mit der Belastung, die die meisten psychotherapeutischen Verfahren mit sich bringen, bequem und zudem schnell wirksam. Allerdings können damit zukünftige Veränderungsmöglichkeiten auch eingeschränkt werden.

Wie eine solche Medikamentengabe die Erfahrungen und Einstellungen des betroffenen Patienten be-

stimmen kann und welche Konsequenzen eventuell daraus erwachsen, zeigt die folgende Kasuistik.

Kasuistik

Eine bis dahin in ihrer Entwicklung unauffällige Patientin fühlte sich mit 15 Jahren durch den plötzlichen Tod des Vaters und die als brutal erlebte Art ihres ersten Freundes sehr belastet. Sie hatte zu der Zeit gerade eine Lehre zur Arzthelferin begonnen. Als sie einer Venenpunktion zusah, erlitt sie erstmals einen Angstzustand mit Luftnot, Globusgefühl, Kopfdruck und Schwindel. Sie brach die Lehre ab und ließ sich später zur Kosmetikerin ausbilden.

In der Folge kam es immer wieder, wenn sie von zu Hause fort war oder sich mit vielen Menschen in einem Raum aufhielt, wie etwa im Kaufhaus, zu plötzlicher und als bedrohlich empfundener Angst. Mehrfach wurde der Notarzt gerufen oder sie selbst ins Krankenhaus gebracht, was in beiden Fällen auf die Verabreichung eines Benzodiazepins hinauslief. Danach klang die Angst stets schnell ab. In der Folgezeit entwickelte sich ein Meidungsverhalten. Die Patientin betrat nur noch in Ausnahmefällen ein Kaufhaus. Hinzu trat eine immer stärkere vegetative Symptomatik. Deshalb wurden ihr vom Internisten, den sie wegen herzphobischer Befürchtungen aufsuchte, Benzodiazepine, zunächst Chlordiazepoxid und später Clobazam, zur oralen Einnahme verschrieben.

Diese Mittel führten während der Angstzustände zu einer raschen Linderung der Beschwerden, und die Patientin begann, sie in unregelmäßiger Weise auch prophylaktisch einzunehmen. Gelegentlich verbanden die zuständigen Ärzte ihre Verschreibung mit Hinweisen bis Verhaltenshinweisen, daß Beruhigungsmittel langfristig keine echte Hilfe darstellten und daß sich die Patientin alter-

Dr. med. Dipl.-Psych. S. Priebe, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19.

nativ um eine Psychotherapie bemühen sollte, was sie dann auch tat. Zweimal wurden jeweils über mehr als ein Jahr tiefenpsychologisch orientierte Einzelgespräche durchgeführt. Letztlich betrachtete die Patientin beide Versuche als gescheitert, da sie ihre Symptomatik weiterhin als übermächtig erlebte und keinen Weg sah, etwa ihre Ängste auch nur annähernd so direkt und erfolgreich kontrollieren zu können, wie ihr das mit Benzodiazepinen möglich war.

Exazerbation und Generalisierung

Im Alter von 28 Jahren kam es dann im Zusammenhang mit der Krebserkrankung der Mutter und deren Tod zu einer Exazerbation und Generalisierung der Angst, so daß sie ihr Haus nicht mehr und ihr Bett kaum noch verließ. Das gab Anlaß zur ersten stationär-psychiatrischen Behandlung in unserer Klinik. Wesentliches therapeutisches Ziel war hier zunächst, der Patientin zu zeigen, daß sie die Angstzustände auch ohne jede Medikation zu ertragen imstande war. Sie wurde dabei unentwegt dazu angehalten, alle von ihr wahrgenommenen äußeren und inneren Zustände genau zu beschreiben, ihre Befürchtungen detailliert zu konkretisieren und an ihren Beobachtungen im Sinne einer Realitätstestung selbst zu überprüfen und so das Abklingen der Angst zu erleben. Es reduzierte sich die Angst vor der Angst, und es gelang schließlich, auch in den als besonders angstauslösend beschriebenen und zuvor gemiedenen Situationen wie im

Kaufhaus, der Patientin entsprechend des verhaltenstherapeutischen Prinzips der Expositionsbehandlung (1) ein ähnliches Umgehen mit aufkommender Angst zu vermitteln. Dies war der Ausgangspunkt für weitere psychotherapeutische Bemühungen, in denen das Partnerschaftsverhalten und die familiäre Situation der Patientin im Mittelpunkt standen. In den jetzt mehr als 2 Jahren seit der Entlassung fanden nur noch unregelmäßig insgesamt 7 psychotherapeutische Gespräche statt. Die Patientin war in dieser Zeit nur vorübergehend vollkommen beschwerdefrei. Sie nahm jedoch keinerlei Medikamente mehr. Notärzte oder Kliniken mußten nicht bemüht werden, und es kam vor allem auch zu keinem Meidungsverhalten mehr.

Resultierende Attribution

Es besteht kaum ein Zweifel, daß der Patientin kurzfristig durch die Einnahme von Benzodiazepinen geholfen war. Gerade die gut gemeinten Gesprächsbemühungen und Ermahnungen der zuständigen Ärzte mögen ihr gezeigt haben, daß diese es sich nicht leicht machten, aber auch für sie letztlich keine Alternative zur Pharmakotherapie blieb, was die Überzeugung von der herausragenden Wirkung dieser Medikamente nur noch gesteigert haben kann. Sie hatte gelernt, daß Zustände des Unwohlseins und Leidens durch leicht und jederzeit verfügbare Mittel und ohne unmittelbare negative Konsequenzen zu beherrschen sind. Es entwickelte sich verständlicherweise die Erwartung, einen solchen

Weg auch zukünftig vom Arzt gezeigt zu bekommen, d. h., es entstand eine sogenannte externe Kontroll-Attribution, die sich natürlich langfristig als nicht adäquat und trügerisch erweisen mußte. Die bei vielen neurotischen Patienten ohnehin in unrealistischem Maß nach außen gerichtete Anspruchshaltung wurde im Sinne dieser Fehl-Attribution noch verstärkt. Die Bereitschaft, unangenehme Zustände als unvermeidliche Begleitumstände einer echten Veränderung in Kauf zu nehmen, wurde zumindest nicht gefördert, eine dauerhafte Behandlung somit erheblich erschwert.

Welche Argumente sich auch immer in der komplexen Diskussion für oder gegen eine Psychopharmakabehandlung von Patienten mit neurotischen Störungen finden lassen, das Problem der Kontroll-Attribution, d. h. der Annahmen und Erwartungen des Patienten, wie sein Zustand verändert werden kann, läßt sich nicht umgehen. Es tritt bei der Verschreibung von Neuroleptika etwa in Depot-Form oder von Benzodiazepinen ebenso auf wie bei der Placebo-Gabe. Die Behandlung mit Psychopharmaka muß stets auch die psychologischen Prozesse beachten, die durch Verabreichung und Wirkung beim Patienten und auch beim Arzt ausgelöst werden.

Dokumentation: F2 Neurosen

Literatur

1. **Hand, I.:** Expositionsbehandlung. In: M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.): Psychotherapie-Manual. Springer-Verlag, Berlin 1981.