

Psychopharmaka – Segen oder Fluch?

Psychopharmaka werden vor allem von Christen sehr kontrovers beurteilt. Die einen sehen in ihnen einen Segen, die anderen bezeichnen sie als „Teufelszeug“, das man auf keinen Fall einnehmen sollte. Dieser Artikel hat das Ziel, Hinweise für ein besseres Verständnis und eine angemessene Beurteilung von Psychopharmaka zu geben. Dabei sollen auch praktische Hinweise für Interessierte und Betroffene nicht zu kurz kommen.

Was sind Psychopharmaka?

Psychopharmaka (im Folgenden mit PP abgekürzt) sind ganz allgemein Stoffe (Chemikalien oder Pflanzenextrakte), die eine erwünschte Wirkung auf die Psyche ausüben. In Wikipedia findet sich folgende Definition: „Ein Psychopharmakon (Plural: Psychopharmaka) ist eine psychoaktive Substanz, die als Arzneistoff genutzt wird. Sie beeinflusst die neuronalen Abläufe im Gehirn und bewirkt dadurch eine Veränderung der psychischen Verfassung.“ Alle PP sind chemische Substanzen, die als solche völlig wertneutral sind. Die Unterscheidung zwischen ärztlich verordneten PP und „Drogen“ (z. B. Heroin, Kokain, Methylamphetamin/Crack) ist aus pharmakologischer Sicht willkürlich und behördlichen Entscheidungen geschuldet. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass aus pharmakologischer Sicht kein prinzipieller Unterschied zwischen Medikamenten (Ritalin®, Attentin® und Elvanse®) zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Rauschdrogen wie Methamphetamin (Meth, Crystal) und Kokain besteht. Auch die altbekannte halluzinogene Rauschdroge Ketamin wird neuerdings zur Behandlung therapieresistenter Depressionen eingesetzt (Ketalar®, Ketanest S®). Bereits in der Antike wurden pflanzliche Substanzen wie Opium, Kokain, Cannabis oder auch Alkohol zur medizinischen Beeinflussung der Psyche eingesetzt. Mit dem Aufkommen der organisch-chemischen Industrie im 19. Jahrhundert wurden ab etwa 1870 die ersten synthetischen PP hergestellt und in der Medizin eingesetzt. In den 30er und 40er-Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte man die Psychostimulanzien Amphetamin und Methyphenidat (Ritalin®). Im Jahr 1949 entdeckten Forscher die antimaniische Wirkung von Lithiumsalzen. Die beiden Jahrzehnte zwischen 1950 und 1970 werden als „goldenes Zeitalter“ der Psychopharmakologie bezeichnet. In diesen Jahren wurde eine ganze Reihe völlig neuer psychoaktiver Wirkstoffe zur Behandlung von Psychosen, Depressionen und Angstzuständen entdeckt, die die therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie revolutionierten.

Der Einsatz von Substanzen zur Beeinflussung der Psyche hat eine sehr lange Tradition. Seit den 1950er-Jahren, mit der Entdeckung der Neuroleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine (z. B. Valium®), hat die Anwendung dieser modernen PP explosionsartig zugenommen. Allerdings wurden in den letzten 50 Jahren keine wirklich neuen PP entwickelt. Vielmehr sind die älteren Präparate den neueren in ihrer Wirksamkeit oft überlegen.

Die neusten Entwicklungen auf diesem Gebiet mit der erfolgten Zulassung von Ketamin/Esketamin und dem Trend zum Einsatz von Ecstasy, Psilocybin und anderen Halluzinogenen zur Behandlung von psychischen Störungen, ist besorgniserregend.

Wie sieht die Verschreibungspraxis von Psychopharmaka aus?

Im Jahr 2021 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 2,5 Milliarden Tagesdosen PP verordnet (Ludwig 2023). Gemessen an der Zahl der Verordnungen (Rezepte) in der BRD standen PP im selben Jahr an 3. Stelle. Diese Zahlen weisen auf ein gravierendes Problem hin. Wenn man bedenkt, dass es vor 1950 nur sehr wenige Verordnungen von PP gab (alle wichtigen PP wurden erst später entdeckt und auf den Markt gebracht), wird der rasante Aufstieg dieser Medikamente deutlich. Der Anstieg der Verschreibungszahlen ist bis heute ungebrochen. An der Spitze stehen die Antidepressiva. Die Zahl der Tagesdosen dieser Medikamente hat sich in den letzten 40 Jahren mehr als verzehnfacht.

Wie lässt sich dieser hohe Gebrauch von PP erklären? Hier spielen mehrere Faktoren eine wichtige Rolle. 1. Mit der Entdeckung der modernen PP und Neurotransmitter (Botenstoffe des Nervensystems) begann der Niedergang des psychodynamischen Verständnisses psychischer Störungen, das davon ausging, dass diese Störungen durch psychische Faktoren verursacht werden, und wurde durch ein biologisches Modell ersetzt. Unter der Annahme, dass biologische Faktoren (z. B. Neurotransmitter-Ungleichgewichte) die eigentliche Ursache psychischer Probleme sind, ist eine Therapie mit chemischen Substanzen, die diese postulierten Ungleichgewichte korrigieren, verständlich. 2. Darüber hinaus wird bei immer mehr Menschen eine psychische Störung diagnostiziert. Die Grenzen zwischen „normal“ und „krank“ verschwimmen zunehmend, neue Diagnosen kommen hinzu und damit steigt zwangsläufig auch die Zahl der Menschen mit psychischen Störungen (Frances 2014). Früher als normal angesehene Charaktereigenschaften wie Schüchternheit oder Ängstlichkeit und verständliche psychische Reaktionen auf Probleme des Lebens werden heute zunehmend pathologisiert und häufig medikamentös behandelt. Die offiziellen Verzeichnisse psychischer Störungen (ICD-10 und DSM-5) enthalten mittlerweile über 400 verschiedene Einträge. Eine psychische Beeinträchtigung wird in erster Linie durch das Vorliegen mehrerer Symptome definiert. Da die Symptome jedoch nicht spezifisch sind und ein und dasselbe Symptom häufig für mehrere verschiedene Störungen aufgeführt wird, führt dies leicht zu einer „Multimorbidität“, d. h. zur gleichzeitigen Diagnose mehrerer psychischer Störungen, die in der Regel jeweils mit einem anderen Psychopharmakon behandelt werden. So kann es leicht vorkommen, dass eine Person mit den Diagnosen Schizophrenie, Depression und Ängsten drei oder mehr verschiedene PP verschrieben bekommt, obwohl es sich in Wirklichkeit nur um Symptome eines einzigen Problems handelt. Häufig erhalten auch Patienten mit nur einer psychiatrischen Diagnose gleichzeitig mehrere PP. Diese „Polypharmazie“ ist ein Merkmal der modernen psychiatrischen Praxis, das es zu vermeiden gilt. 3. Darüber hinaus tragen auch Veränderungen in der modernen Gesellschaft und im persönlichen Lebensstil dazu bei, dass immer mehr Menschen psychische Probleme haben.

Moderne Antidepressiva und Neuroleptika werden nicht mehr nur bei Depressionen oder Psychosen eingesetzt, sondern auch bei ganz anderen Indikationen wie Ängsten, Zwängen, Persönlichkeitsstörungen, Schlafproblemen, Demenz und vielem mehr. Professor Bschor nennt in seinem Buch 20 Gründe für die hohen Verschreibungszahlen von PP, insbesondere von Antidepressiva (Bschor 2018). Besonders gefährdete Patientengruppen, bei denen PP eingesetzt werden, sind Kinder, Jugendliche und ältere Menschen. Hier ist Vorsicht und Zurückhaltung geboten.

Hypothesen über die Ursachen psychischer Störungen

Die ersten synthetischen PP wurden alle durch Zufall entdeckt. Die Erforschung der Wirkmechanismen von Antidepressiva und Neuroleptika erhielt durch die Entdeckung der Neurotransmitter einen starken Auftrieb. Bald darauf stellte man erste Hypothesen über die biochemischen Ursachen psychischer Störungen auf. Diese basieren auf den pharmakologischen Wirkmechanismen der PP und gehen davon aus, dass sich dadurch die zugrunde liegende biologische Fehlfunktion der psychischen Störung erklären lassen. Die Serotonin-Hypothese der Depression besagt, die Ursache einer Depression liege in einem Mangel des Neurotransmitters Serotonin im synaptischen Spalt, dem Hohlraum zwischen den Enden zweier Nervenzellen. Andere Forscher haben anstelle eines Serotoninmangels den Mangel eines anderen Neurotransmitters, des Noradrenalins, als Ursache von Depressionen vorgeschlagen. Die Dopamin-Hypothese der Schizophrenie besagt, dass Schizophrenie durch einen Überschuss (bzw. eine Überaktivität) des Neurotransmitters Dopamin verursacht wird. Diese Hypothesen sind attraktiv, weil sie auf elegante Weise die postulierten Ursachen psychischer Störungen mit deren Behebung oder Korrektur verbinden. Sie werden auch heute noch herangezogen, um Betroffenen und Angehörigen die Ursache ihrer Probleme und die Wirkungsweise von PP zu erklären. Häufig wird ein Vergleich mit der Zuckerkrankheit (Insulinmangel bzw. Insulinresistenz) und deren Behandlung

durch Insulinspritzen angeführt. Dort gleicht man einen offensichtlichen Mangel durch die Verabreichung des fehlenden natürlichen Hormons Insulin aus. Ein Vergleich mit den oben genannten Neurotransmitter-Hypothesen ist jedoch nicht zulässig. Was für Diabetes und seine Behandlung gilt, trifft auf psychische Störungen nicht zu.

Depression: Die Serotoninmangel-Hypothese

Es gibt eine ganze Reihe von Beobachtungen und Fakten, die den beiden genannten Hypothesen widersprechen, und sie wurden auch nie wissenschaftlich bewiesen. Der bekannte deutsche Psychiatrieprofessor und Depressionsexperte Tom Bschor bezeichnet die Serotonin-Hypothese der Depression als „das Märchen vom Serotoninmangel“. Die tatsächlichen Ursachen psychischer Störungen sind offensichtlich wesentlich komplexer als die genannten einfachen Hypothesen und es gibt bis heute keine allgemein anerkannten Modelle und Erklärungen.

Wirkungen der Psychopharmaka

Alle PP beeinflussen einen oder mehrere neurochemische Vorgänge im Gehirn. Dieses reagiert, indem es sich an den durch das Medikament hervorgerufenen neuen Zustand anpasst und ihn zu kompensieren versucht. Insbesondere nach längerer Einnahme von PP kann es daher zu einer Verschlechterung oder Chronifizierung und zu Problemen beim Absetzen kommen.

Der durch PP erzeugte neue neurochemische Zustand kann von den Betroffenen als hilfreich empfunden werden. Die subjektiv empfundene hilfreiche Wirkung eines Psychopharmakons setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Es sind dies vor allem der Placeboeffekt, die natürliche Heilungstendenz des psychischen Leidens und der Anteil, der auf das Medikament selbst zurückzuführen ist.

In der folgenden Tabelle aus einem Buch der englischen Psychiatrieprofessorin Joanna Moncrieff werden zwei verschiedene Modelle der Wirkungsweise von PP vorgestellt. Das wirkstoffzentrierte Modell beschreibt meiner Meinung nach die wissenschaftlichen Beobachtungen zutreffender.

Krankheitszentriertes Modell	Wirkstoffzentriertes Modell
PP <i>korrigieren</i> einen unnormalen Zustand des Gehirns	PP <i>erzeugen</i> einen unnormalen Zustand des Gehirns
PP wirken <i>spezifisch</i> auf Krankheiten	PP sind psychoaktive Substanzen
Die therapeutischen Effekte beruhen auf der Wirkung auf die Pathologie der Krankheit oder dem biologischen Mechanismus, der die Symptome erzeugt	Hilfreiche Effekte sind das Produkt von wirkstoffinduzierten Veränderungen der normalen Hirnfunktion
PP wirken bei «Kranken» anders als bei Gesunden	PP zeigen bei «Kranken» und bei Gesunden die gleichen Wirkungen
Beispiele: Insulin bei Diabetes, Antibiotika bei bakteriellen Infektionen	Beispiel: Alkohol bei sozialer Phobie

Der Begriff „Antidepressiva“ ist irreführend. Der Name suggeriert, dass diese Medikamente gezielt gegen Depressionen wirken. Das ist aber nicht der Fall. Sie wirken nicht bei jeder „Depression“ (siehe nächster Abschnitt) und man setzt sie auch bei vielen anderen psychiatrischen Krankheitsbildern (z.B.

Ängsten und Zwängen) ein. Gleiches gilt für Antipsychotika (früher Neuroleptika genannt), die nicht spezifisch bei Psychosen wirken, sondern auch bei vielen anderen psychischen Problemen verschrieben werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass PP psychische Störungen nicht im Sinne einer heilenden Wirkung beeinflussen, sondern eher eine unspezifische Unterdrückung von Symptomen bewirken. In dieser Hinsicht kann man sie mit Medikamenten (z. B. Aspirin®, Ibuprofen®) zur Behandlung von Fieber oder Schmerzen vergleichen.

Arten von psychischen Störungen und ihre Diagnose

Für die Behandlung psychischer Störungen ist die richtige Diagnose von entscheidender Bedeutung. In allen anderen medizinischen Disziplinen spielen körperliche Untersuchungen, Laboranalysen, bildgebende Verfahren usw. eine massgebliche Rolle für die Diagnose einer Krankheit. In der Psychiatrie ist dies anders, da die biologischen Ursachen der meisten psychischen Störungen nicht bekannt sind und es daher auch keine spezifischen Untersuchungen gibt. Deshalb werden Krankheitsbilder anhand von Symptomen definiert. Diese Definitionen finden sich in der ICD-10 (10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, herausgegeben von der WHO). In Kapitel V dieses Diagnosemanuals sind die psychischen Störungen aufgelistet und jeweils mit einem Code versehen (z. B. F20.0: Paranoide Schizophrenie). Da die Ursachen in der Regel nicht bekannt sind, wird nicht der Begriff psychische „Krankheit“, sondern immer der unspezifische Begriff „Störung“ verwendet. Wichtige Gruppen psychischer Störungen sind u. a. psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (bei Drogenmissbrauch und Abhängigkeit), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Ängste, Panikattacken, psychosomatische Störungen) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z. B. „Borderline“).

Psychiatrische Symptome sind unspezifisch und lassen keine Rückschlüsse auf ihre Ursache zu. Beispielsweise kann das Symptom „Atemnot“ (Dyspnoe) durch völlig unterschiedliche Erkrankungen verursacht werden, z. B. durch einen Herzinfarkt, eine Lungenembolie, eine Lungenentzündung, Asthma oder COPD. Es liegt auf der Hand, dass die spezifische Therapie je nach Ursache sehr unterschiedlich sein muss: z. B. ein Bronchodilatator oder Kortison bei Asthma und ein Antibiotikum bei einer (bakteriellen) Lungenentzündung.

Eine der häufigsten psychiatrischen Diagnosen ist eine Depression (Ehrenberg 2015, Giger-Bütler 2023, Hari 2021). Sie wird diagnostiziert, wenn einige relevante Symptome vorliegen. Auch hier können sehr unterschiedliche Ursachen die gleiche Symptomatik hervorrufen. In der Praxis werden jedoch meist keine weiteren medizinischen Abklärungen durchgeführt und in der Regel alle Patienten mit einem Antidepressivum behandelt. Es ist offensichtlich, dass Depressionen, die durch Ehe- oder Beziehungsprobleme, chronischen Stress, erlittene Traumata, Verluste oder Sünde (z. B. nach Abtreibung eines Kindes) ausgelöst werden, nicht das Gleiche sind wie eine schwere Depression, die ohne erkennbaren Grund („aus heiterem Himmel“) immer wieder auftritt und mit vielen körperlichen Symptomen einhergeht (früher Melancholie genannt). Bei den erstgenannten Gründen ist eine Behandlung mit Antidepressiva nicht angezeigt. Sie kann sogar schädlich sein, da sie die Lösung der zugrundeliegenden Probleme verhindern kann. Psychosoziale Probleme lassen sich mit PP nicht lösen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Antidepressiva in solchen Fällen keine klinisch relevante, das heisst über den Placeboeffekt hinausgehende Wirksamkeit zeigen. Die Erkenntnisse aus diesem Beispiel sind auch auf andere psychische Störungen, einschliesslich der Schizophrenie, übertragbar. In jedem Fall muss eine umfassende (über die Symptomebene hinausgehende) Abklärung erfolgen. Nur in relativ wenigen Fällen ist eine medikamentöse Behandlung mit PP notwendig und sinnvoll.

Wie häufig sind psychische Störungen?

Das Bundesministerium für Gesundheit der BRD teilt mit (Stand: Juli 2023), dass fast jeder dritte Mensch im Laufe seines Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leidet. Die

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) berichtet, dass in Deutschland jährlich etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Stand: Oktober 2020). Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen (verschiedene Ängste und Phobien, 15,4 %), gefolgt von affektiven Störungen, d. h. Veränderungen der Stimmungslage (9,8 %). Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen (d. h. Krebs) und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust an gesunden Lebensjahren. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um etwa 10 Jahre verkürzte Lebenserwartung.

Die Deutsche Rentenversicherung (Stand Nov. 2021) gibt an, dass die Zahl der Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen von 51 500 (2000) auf 73 000 (2020) gestiegen ist (+42%). Auch der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen ist im gleichen Zeitraum von 24,2% auf 41,5% gestiegen. Wie lässt sich diese besorgniserregende Entwicklung erklären? Und dies trotz der hohen Verordnungszahlen von PP? Der amerikanische Journalist Robert Whitaker hat zu diesem Thema ein sehr informatives Buch geschrieben, in dem er diese Entwicklung beschreibt und die Rolle der PP mit vielen wissenschaftlichen Belegen beleuchtet (Whitaker 2024).

Einteilung der Psychopharmaka

Grundsätzlich werden PP nach ihrer Indikation in verschiedene Klassen oder Gruppen eingeteilt (z. B. Antidepressiva bei Depressionen, Antipsychotika bei Psychosen). Allerdings muss man betonen, dass diese Einteilung idealisiert ist und im psychiatrischen Alltag nicht strikt eingehalten wird. Moderne PP aus den Gruppen der Antidepressiva und Neuroleptika kommen bei einer Vielzahl von psychischen Störungen häufig zum Einsatz.

In den folgenden Abschnitten sind die verschiedenen PP zunächst mit dem Wirkstoffnamen und dann in Klammern mit einem oder mehreren gebräuchlichen Handelsnamen aufgeführt. Viele PP sind mittlerweile auch als Generika erhältlich, wobei der Handelsname dann häufig den Wirkstoffnamen erhält (z. B. Quetiapin-ratiopharm®). Zu beachten ist, dass die Handelsnamen von Präparaten mit dem gleichen Wirkstoff je nach Anbieter und Land oft unterschiedlich sind.

Antidepressiva

Antidepressiva sind das Flaggschiff der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen. Sie kommen nicht nur bei Depressionen zum Einsatz, sondern auch bei vielen anderen Krankheitsbildern wie z. B. bei Ängsten, sozialen Phobien, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Panikstörungen, Zwangsstörungen, Bulimie, Persönlichkeitsstörungen und bipolaren Depressionen. In diesem Sinne verschreiben auch viele Hausärzte sie gerne als regelrechte „Allheilmittel“ selbst bei leichteren psychischen Problemen. Bevorzugt werden heute meist moderne Präparate, mit denen wir uns daher zunächst beschäftigen wollen. Die Diskussion älterer Antidepressiva und ihrer Anwendungsgebiete folgt am Ende dieses Abschnitts. Im Folgenden sind die wichtigsten modernen Antidepressiva aufgeführt. Sie wurden alle nach 1980 in Deutschland zugelassen. Dies sind: Fluvoxamin (Fevarin®), Fluoxetin (Fluctin®), Citalopram/Escitalopram (Ciprallex®, Escitalex®), Sertralin (Gladem®, Zoloft®), Paroxetin (Paroxedura®, Paroxat®, Seroxat®), Vortioxetin (Brintellix®), Venlafaxin (Efexor®, Trevilor®), Duloxetin (Duloxalta®, Cymbalta®), Mirtazapin (Remeron®), Trazodon (Trittico®). Am beliebtesten sind Citalopram/Escitalopram, Sertralin und Venlafaxin, die zusammen etwa 2/3 der verschriebenen modernen Antidepressiva ausmachen.

Wie sieht es mit der Wirksamkeit dieser Medikamente bei der Behandlung von Depressionen aus? In einer grossen Meta-Analyse aus dem Jahr 2018, in der die Ergebnisse vieler klinischer Studien mit insgesamt mehr als 110 000 Patienten zusammengefasst wurden, zeigte sich eine mittlere Wirksamkeit,

die nur wenig über der eines Placebos (Scheinmedikament ohne Wirkstoff) liegt. Lediglich bei ca. 15 % der Patienten wurde eine Symptomreduktion von mindestens 50 % festgestellt.

In einer grossen klinischen Studie (STAR*D) des Nationalen Instituts für seelische Gesundheit der USA (NIMH) mit über 4000 Patienten untersuchte man die Wirksamkeit von Antidepressiva unter sehr realitätsnahen Bedingungen über einen längeren Zeitraum. Dabei erhielten alle Patienten zunächst das bekannte Antidepressivum Citalopram und wurden bei Nichtansprechen in bis zu drei weiteren Schritten auf andere Antidepressiva umgestellt. Oder sie bekamen zusätzlich andere Präparate mit unterschiedlichem Wirkmechanismus. Insgesamt zeigten in der ersten Behandlungsstufe (Citalopram) nur 26% der Patienten eine Remission (Rückbildung) der depressiven Symptomatik. In den weiteren Behandlungsschritten nahm der Anteil der Patienten mit Remission kontinuierlich ab. Auffällig ist auch der hohe Anteil von Patienten, die wegen mangelnder Wirksamkeit oder starker Nebenwirkungen aus der Studie ausschieden, obwohl die Betreuung der Patienten während der Studie ausgesprochen gut war. Untersucht wurde ebenso die Frage, wie stabil die Wirkung über einen längeren Zeitraum ist. Am Ende des einjährigen Beobachtungszeitraums zeigten insgesamt nur noch 108 der 4041 Patienten (d. h. 2,7%), die zu Beginn an der Studie teilgenommen hatten, eine anhaltende Remission. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Wirksamkeit moderner medikamentöser Depressionstherapien mangelhaft ist.

Wie erklärt sich dann, dass viele Menschen mit Depressionen berichten, ihnen hätten Antidepressiva geholfen? Umfangreiche Studiendaten zeigen, dass sich die Wirkung von Antidepressiva aus mehreren Komponenten zusammensetzt: natürlicher Krankheitsverlauf: 24 %, Placeboeffekt: 51 % und zusätzlicher Medikamenteneffekt: 25 %. Der tatsächliche Effekt eines Antidepressivums beträgt also im Durchschnitt nur ¼ des beobachteten Gesamteffekts. Neben dem starken Placeboeffekt der Antidepressiva ist zu beachten, dass die meisten Depressionen einen gutartigen Verlauf nehmen und nach einigen Wochen oder Monaten von selbst, d.h. ohne Behandlung, aufhören. Verglichen mit einer Psychotherapie sind Antidepressiva ähnlich wirksam. Diese kritische Sichtweise, dass moderne Antidepressiva nur eine geringe Wirksamkeit haben, wird inzwischen auch von zahlreichen Psychiatern geteilt. Bemerkenswert ist, dass die „Leitlinie Unipolare Depression“ der deutschen psychiatrischen Fachgesellschaften zur Behandlung leichter und mittelschwerer Depressionen in erster Linie Psychotherapie (und nicht Antidepressiva) empfiehlt.

Es folgt ein kurzer Überblick über die älteren (oder traditionellen) Antidepressiva, die heute nur noch selten zum Einsatz kommen. Es sind dies z. B. Amitriptylin (Saroten®), Imipramin (Tofranil®), Clomipramin (Anafranil®), Doxepin (Aponal®), Trimipramin (Surmontil®, Stangyl®), Moclobemid (Aurorix®) und Tranylcypromin (Jatrosom®). Die Wirksamkeit des ersten Antidepressivums (Imipramin) wurde bei schwer depressiven Patienten in stationärer Behandlung nachgewiesen. Spätere klinische Studien zur Effektivität von Antidepressiva wurden überwiegend mit ambulant behandelten Patienten durchgeführt, die meist nur leicht bis mittelschwer depressiv waren.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass es zwei Arten von Depressionen gibt, die man deutlich unterscheiden muss. Die erste ist die endogene Depression (früher auch Melancholie genannt), die eine schwere Erkrankung darstellt. Sie tritt oft familiär gehäuft auf und hat einen periodischen Verlauf mit immer wiederkehrenden Episoden. Zwischen den Episoden ist der Betroffene in der Regel symptomfrei. Diese Form ist eher mit körperlichen Missempfindungen, einer ausgeprägten Verlangsamung (oder Beschleunigung) des Denkens und der Motorik und einem morgendlichen Tief verbunden. Häufig treten auch wahnhaftige Gedanken auf. Solche Patienten fühlen sich nicht depressiv, sondern oft eher „innerlich tot“. Es besteht ein erhöhtes Suizidrisiko. Die andere, weitaus häufigere Form wurde früher als neurotische oder reaktive Depression bezeichnet. Sie ist charakter- und temperamentbedingt und eine Reaktion auf schwierige Lebensumstände, in der Regel weniger schwerwiegend, kann aber einen chronischen Verlauf nehmen. Bei diesen Patienten sind so-

wohl ältere als auch moderne Antidepressiva kaum wirksamer als ein Placebo. Für die medikamentöse Behandlung der Melancholie eignen sich vor allem die oben genannten älteren Antidepressiva. Das wirksamste Psychopharmakon zur Behandlung von periodisch wiederkehrenden schweren Depressionen (Melancholie und bipolare Depression) ist Lithium. Mehr dazu im Abschnitt über Phasenprophylaktika.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass die Symptome einer Depression durch sehr viele körperliche Erkrankungen hervorgerufen werden können, die es abzuklären gilt.

Nebenwirkungen

Neben ihrer bescheidenen Wirksamkeit weisen die modernen Antidepressiva einen weiteren Schwachpunkt auf: eine ganze Reihe von zum Teil schwerwiegenden Nebenwirkungen, die leider oft nicht die erforderliche Beachtung finden und vielen Betroffenen nicht hinreichend bekannt sind. Diese Nebenwirkungen sind keine seltenen Ereignisse, sondern treten bei der Mehrheit der Patienten auf. Besonders wichtige unerwünschte Wirkungen, die jedoch nicht bei jedem Antidepressivum auftreten:

Suizid und Aggression

Antidepressiva sollten eigentlich Suizide verhindern. Doch leider erhöhen sie das Risiko. Die Aggressivität kann sich auch gegen andere richten und zu schrecklichen Gewalttaten führen. Dieses Problem tritt vor allem in den ersten Wochen der Einnahme auf.

Sexuelle Nebenwirkungen

Diese sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen häufig und äussern sich in einer verminderten Empfindlichkeit der Geschlechtsorgane (ein Experte spricht von einer „genitalen Anästhesie“), einem eingeschränkten Sexualtrieb und der Unfähigkeit, einen Orgasmus zu erreichen. In einigen Fällen kann dieses Problem auch nach Absetzen des Antidepressivums langfristig bestehen bleiben.

Emotionale Abstumpfung

Dies betrifft sowohl freudige als auch traurige Gefühle. Manche Menschen verlieren völlig die Fähigkeit, Gefühle zu empfinden und kommen sich vor wie ein Zombie. Die daraus resultierende Gleichgültigkeit wirkt sich negativ auf die Motivation zur Veränderung und die Hoffnung auf Besserung aus.

Auslösen einer manischen Phase

Antidepressiva können eine manische Phase auslösen, auch wenn dieses Symptom vorher nicht beobachtet wurde. Sie sollten bei bipolarer Depression nicht eingesetzt werden.

Akathisie

Darunter versteht man die Unfähigkeit, körperlich ruhig zu bleiben (Sitz- und Stehruhe). Damit verbunden ist eine innere Unruhe, die sehr quälend sein kann.

Absetzsyndrom

Moderne Antidepressiva verursachen bei etwa der Hälfte der Patienten erhebliche Probleme bei der Dosisreduktion oder beim Absetzen. Diese treten meist in den ersten Tagen nach dem Absetzen auf und können mehrere Monate anhalten. Zu den Absetzproblemen gehören grippeähnliche Symptome, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Empfindungsstörungen und Angstzustände. Einige Betroffenen empfinden diese als so schwerwiegend, dass sie es vorziehen, das Antidepressivum langfristig weiter einzunehmen.

Bei dauerhafter Einnahme kann eine Depression chronisch werden und der Krankheitsverlauf sich insgesamt verschlechtern (Fava 2023).

Neuroleptika/Antipsychotika

Die bekannte englische Psychiatrieprofessorin Joanna Moncrieff bezeichnet Neuroleptika in ihrem Buch „The Bitterest Pills“ als „die bittersten Pillen“. Diese Medikamente kann man zu Recht so nennen, denn sie werden wegen ihrer zum Teil sehr unangenehmen Nebenwirkungen von vielen Patienten nur ungern eingenommen. Dabei ist zu beachten, dass dies nicht für alle Neuroleptika gleichermaßen gilt. Zudem hängt die Ausprägung der Nebenwirkungen stark von der eingesetzten Dosis ab. In den frühen wissenschaftlichen Beschreibungen der Wirkung von Chlorpromazin, das Anfang der 1950er-Jahre als erstes modernes PP eingeführt wurde, bezeichnete man es als „Neuroleptikum“ (neuron: Nerv, lepsis: ergreifen/gefangen nehmen). Man sah die Wirkung in einer (unspezifischen) Unterdrückung der Nervenaktivität und setzte es damals neben Erregungszuständen, Manie und Schizophrenie auch bei ganz unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern erfolgreich ein. Die Wirkung besteht im Wesentlichen darin, dass auf chemischem Wege ein Zustand der Gleichgültigkeit und Distanz gegenüber den bestehenden psychischen Problemen erzeugt wird. Neuroleptika werden auch Antipsychotika genannt, was sich auf die Unterdrückung der Hauptmerkmale einer Psychose (Wahn und Halluzinationen) bezieht.

Die Wirkung der Neuroleptika auf Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Denkstörungen beruht auf einer unspezifischen Symptomunterdrückung und geht mit einer Indifferenz (Gleichgültigkeit) gegenüber Gefühlen, Gedanken und Eindrücken einher. Insbesondere bei quälenden Wahnideen und psychotischen Ängsten kann dies durchaus als hilfreich und erwünscht erlebt werden. Patienten, die Neuroleptika einnehmen, berichten jedoch häufig, dass ihre Wahnvorstellungen oder Halluzinationen nicht völlig verschwinden. Sie werden aber nicht mehr als so belastend und beängstigend empfunden. Ausserdem schützen sie vor äusserem Stress und erzeugen gewissermassen ein „dickes Fell“. Wie stark die Wirkung ist, hängt vom Präparat und vor allem von der Dosis ab. Sie sollte nur so hoch sein, dass der gewünschte Effekt erzielt wird. Bei einigen Neuroleptika (unten mit einem Stern* gekennzeichnet) treten bei Überschreiten einer bestimmten Dosis „extrapyramidale Symptome“ (EPS) auf, die sehr störend sein können. Dazu gehören akute Dystonien (unwillkürliche Muskelbewegungen), Rigor (Muskelsteifheit) und Tremor (Zittern). Diese Nebenwirkungen entsprechen zum Teil dem Krankheitsbild der Parkinson-Krankheit. Eine andere Gruppe von Neuroleptika (unten mit zwei Sternen** gekennzeichnet) verursacht keine oder nur wenig EPS. Dafür treten als unerwünschte Nebenwirkung Stoffwechselstörungen auf, die sich in einer zum Teil drastischen Gewichtszunahme, Bluthochdruck und der Entstehung eines Diabetes Typ 2 äussern können (zusammen: metabolisches Syndrom). Alle diese Neuroleptika haben auch eine stark sedierende (dämpfende) Wirkung. Eine wichtige Nebenwirkung vieler Neuroleptika ist das sogenannte „Neuroleptika-induzierte dysphorische Syndrom“. Dabei handelt es sich um einen medikamentös erzeugten Zustand, der leicht mit der Negativsymptomatik einer Schizophrenie oder einer Depression verwechselt werden kann. Viele Patienten berichten, dass sie unter der Einnahme von Neuroleptika unter einer belastenden „emotionalen Abstumpfung“ leiden, bei der sie weder Freude noch Trauer empfinden können. In diesem Fall sollte nicht zusätzlich ein Antidepressivum oder ein anderes Neuroleptikum eingenommen werden, sondern man sollte die Dosis reduzieren, ein besser verträgliches Präparat einnehmen oder das Neuroleptikum nach Möglichkeit ganz absetzen.

Gebräuchliche Neuroleptika sind die folgenden: Risperidon* (Risperdal®), Aripiprazol* (Abilify®, Arpoya®), Olanzapin** (Zyprexa®), Quetiapin** (Seroquel®), Haloperidol* (Haldol®), Cariprazin* (Reagila®), Ziprasidon (Zeldox®), Amisulprid* (Solian®) und Clozapin** (Leponex®). Die heutzutage am meisten verordneten Präparate sind Quetiapin, Olanzapin und Risperidon.

Im Folgenden einige interessante Ergebnisse der grossen klinischen Studie CATIE, in der man die Wirksamkeit und Nebenwirkungen von vier neueren „atypischen“ Neuroleptika mit einem älteren

(typischen) Neuroleptikum verglich. In dieser realitätsnahen Studie erhielten insgesamt 1432 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie über einen Zeitraum von 18 Monaten die üblichen Dosen der oben genannten Neuroleptika. Besonders bemerkenswert ist die Beobachtung, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den fünf untersuchten Präparaten gab. Etwa 3/4 der Studienteilnehmer schieden vorzeitig aus der Studie aus, insbesondere wegen mangelnder Wirkung oder unerwünschter Nebenwirkungen. Darüber hinaus mussten ca. 15 % der Teilnehmer trotz der Einnahme der Neuroleptika wegen einer Verschlechterung ihres psychischen Zustandes hospitalisiert werden. Es wird oft behauptet, Neuroleptika machen nicht abhängig. Dies ist jedoch nicht der Fall, und viele Menschen haben nach längerer Einnahme Probleme mit dem Absetzen. Ein zu rasches Absetzen führt häufig zum Wiederauftreten psychotischer Symptome, die aber oft nicht Ausdruck der zugrunde liegenden Problematik sind, sondern eine Reaktion des Gehirns auf das plötzliche Fehlen des Neuroleptikums. Das Absetzen sollte daher immer langsam und in kleinen Schritten erfolgen. Eine langfristige Einnahme kann verschiedene schwerwiegende Folgen haben, die oft chronisch und therapieresistent sind. Dazu gehören Spätdyskinesien (d. h. unwillkürliche Muskelbewegungen wie Zucken, Tics, Grimassieren, Herausstrecken der Zunge usw.), Akathisie, Diabetes (vor allem bei Clozapin, Olanzapin und Quetiapin) und die sogenannte Supersensitivitätspsychose. Diese geht mit einer Verschlechterung der psychotischen Symptomatik (trotz Neuroleptika) einher und kann ein Absetzen des Präparates unmöglich machen.

Neuroleptika sollte man nur bei starker psychomotorischer Erregung, Wahn und/oder Halluzinationen („Stimmen hören“) einsetzen. Bei quälenden Wahnvorstellungen, starken psychotischen Ängsten oder grosser psychischer Erregung können sie sehr hilfreich sein (eine andere Möglichkeit sind Benzodiazepine). Einzelne Nebenwirkungen werden möglicherweise als psychische Probleme fehlinterpretiert. Die Dosis sollte so niedrig wie möglich sein und die Einnahmedauer so kurz wie nötig. Der Einsatz von Neuroleptika bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen ist problematisch und sollte sehr zurückhaltend erfolgen.

Stimmungsstabilisierer/Phasenprophylaktika

In diesem Abschnitt geht es insbesondere um die medikamentöse Behandlung von psychischen Störungen, die sich in periodisch wiederkehrenden Phasen von Manie und Depression äussern. Früher sprach man von „manisch-depressivem Irresein“ (MDI) und meinte damit wiederkehrende schwere Depressionen (Melancholie) und/oder Manien. Diese Krankheitsbilder waren sehr selten und so schwerwiegend, dass in der Regel eine stationäre Behandlung erforderlich war. Heute werden unipolare und bipolare Verläufe getrennt klassifiziert und meist nur bipolare Verläufe mit sogenannten „Stimmungsstabilisierern“, auch Phasenprophylaktika genannt, behandelt. Mit Ausnahme von Lithium setzt man alle Medikamente dieser Gruppe auch zur Behandlung von Epilepsie ein. Die wichtigsten Stimmungsstabilisierer sind Lithium (Quilonum[®], Hypnorex[®], Lithiofor[®]), Valproat (Convulex[®], Ergenyl[®]), Carbamazepin (Tegretal[®]), Pregabalin (Lyrica[®]) und Lamotrigin (Lamical[®]).

Die weitaus grösste Bedeutung innerhalb dieser Medikamentengruppe hat Lithium, das in Form eines Salzes (z. B. Lithiumcarbonat) verabreicht wird. Bei der medikamentösen Behandlung der bipolaren Depression sollte Lithium das Mittel der Wahl sein. Leider ist dies in der Praxis nicht der Fall und viele Psychiater geben anderen Medikamenten (Neuroleptika und/oder Antidepressiva) den Vorzug. Lithium wirkt sowohl in akuten Phasen als auch prophylaktisch (vorbeugend). Bei etwa 1/3 der Patienten wird langfristig eine vollständige Beschwerdefreiheit erreicht. Bei unzureichender Wirkung oder schweren Nebenwirkungen wird Lithium durch Valproat, Carbamazepin oder Lamotrigin als Mittel der zweiten Wahl ersetzt. Insgesamt werden diese Medikamente zu wenig angewendet.

Neuere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass es einen fließenden Übergang zwischen den beiden Polen Manie und Depression gibt. Einige Menschen, deren psychisches Problem als Depression diagnostiziert wurde, haben auch einen mehr oder weniger grossen Anteil an Manie (die sich oft nicht als Euphorie, sondern als Reizbarkeit äussert). In diesem Fall sollten Antidepressiva vermieden

und eine Behandlung mit Stimmungsstabilisierern durchgeführt werden. Lithium und Lamotrigin sind auch zur Behandlung und Prophylaxe von wiederkehrenden rein depressiven Phasen (Melancholie) gut geeignet.

Die Behandlung der bipolaren Depression mit Antidepressiva bringt keinen Nutzen, ist aber mit erheblichen Risiken verbunden. Der langfristige Krankheitsverlauf kann negativ beeinflusst und manische Phasen ausgelöst werden.

Sedativa/Hypnotika

Die folgenden Arzneimittel werden insbesondere bei Erregtheit/Unruhe, Ängsten, Panikattacken und Schlaflosigkeit eingesetzt. An erster Stelle sind hier die sogenannten Benzodiazepine zu nennen. Dabei handelt es sich um eine alte Medikamentengruppe, die man seit etwa 60 Jahren verwendet. Früher wurden Medikamente wie Valium und Librium („Mutters kleine Helfer“) in grosser Zahl zur Behandlung leichter unspezifischer psychischer Störungen verschrieben, ausgelöst durch Alltagsprobleme. Dazu gehören psychosomatische Beschwerden („vegetative Dystonie“), Angstzustände, Depressionen und Schlafstörungen. Alle Benzodiazepine haben folgende Wirkkomponenten: anxiolytisch (angstlösend), sedierend (beruhigend), antiepileptisch, muskelentspannend und hypnotisch (schlaffördernd). Bei den zahlreichen Benzodiazepinen können die einzelnen Komponenten unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Der Hauptunterschied zwischen den verschiedenen Präparaten liegt in der Wirkdauer.

Benzodiazepine sind wirksame Medikamente, die man früher erfolgreich gegen verschiedene Formen von Angst und Depression (die sehr häufig gemeinsam auftreten) einsetzte. In den 80er-Jahren wurde ihr Abhängigkeitspotenzial erkannt und dann an ihrer Stelle die weniger wirksamen modernen Antidepressiva (SSRI) verschrieben. In den folgenden Jahren ging die Zahl der Benzodiazepin-Verordnungen stark zurück. Das Absetzen von Benzodiazepinen nach längerer regelmässiger Einnahme kann sehr problematisch sein, daher ist hier Vorsicht geboten. Einige häufig verwendete Benzodiazepine sind Bromazepam (Bromazanyl®), Oxazepam (Praxiten®, Adumbran®, Seresta®), Lorazepam (Tavor®, Temesta®), Alprazolam (Tafil®), Chlordiazepoxid (Librium®) und Diazepam (Valium®), wobei Lorazepam und Diazepam am häufigsten verordnet werden.

Gesunder und ausreichender Schlaf ist für das psychische Wohlbefinden des Menschen sehr wichtig. Länger andauernde Schlaflosigkeit kann zu psychischen Problemen führen. Eine gute Schlafhygiene ist daher unerlässlich. Erst wenn alle Änderungen der Lebensgewohnheiten keinen Erfolg gebracht haben und die Schlafstörungen ein grösseres Problem darstellen, sollte man in Absprache mit einem Arzt an eine medikamentöse Behandlung denken. Dem Ausbruch einer schweren psychischen Störung geht oft eine Phase der Schlaflosigkeit voraus. Diese Entwicklung lässt sich möglicherweise durch den kurzfristigen Einsatz von Schlafmitteln aufhalten.

Als Hypnotika (Schlafmittel) werden heute meist die sogenannten „Z-Substanzen“ verordnet, z. B. Zolpidem (Stilnox®, Bikalm®) und Zopiclon (Ximovan®, Imovane®). Der biochemische Wirkmechanismus ist der gleiche wie bei den Benzodiazepinen. Das Abhängigkeitspotenzial ist mit dem der Benzodiazepine vergleichbar.

Zur Verbesserung des Schlafs werden auch sedierende Antidepressiva wie Doxepin, Mirtazapin, Trazodon oder Trimipramin verschrieben, was durchaus hilfreich sein kann. Sedierende Neuroleptika wie z. B. Quetiapin sind als Schlafmittel nicht zu empfehlen.

Eine andere Option ist der Einsatz von sedierenden Antihistaminika, die man meist rezeptfrei in einer Apotheke beziehen kann. Auch diese Präparate sollten nur kurzfristig und im Notfall zur Beruhigung und als Schlafmittel verwendet werden. Im Folgenden sind einige Präparate aufgelistet: Diphenhydramin (Betadorm®, Halbmond®, Benocten®), Doxylamin (Hoggar®), Hydroxyzin (Atarax®).

Alternativen zu Psychopharmaka

Pflanzliche Mittel (Phytopharmaka) wie Baldrian und Passionsblume werden oft als „sanfte“ Mittel zur Beruhigung und Schlafförderung empfohlen. Dagegen ist bei geringfügigen Problemen sicher

nichts einzuwenden. Eine gute Übersicht gibt das Buch des Arztes Dr. Wormer. Bei Mangelzuständen ist die Einnahme von Vitaminen, Eisenpräparaten, Mineralien oder anderen Nahrungsergänzungsmitteln anzuraten (Wormer 2022). Auch Johanniskrautpräparate (z. B. Jarsin®) können bei leichten bis mittelschweren Depressionen hilfreich sein. Homöopathische Mittel, Schüssler-Salze und ähnliche Präparate der Alternativmedizin werden nicht empfohlen. Bei einer saisonal abhängigen Depression („Winterblues“) erwies sich eine Lichttherapie als wirksam. Die entsprechenden Lampen kann ein Arzt verordnen, oder man kauft oder leiht sie in einer Apotheke. Klinische Studien zeigten, dass bei Depressionen und anderen psychischen Problemen Sport hilfreich ist. Eine gesunde Lebensweise mit ausreichend Schlaf, einer ausgewogenen naturbelassenen Ernährung, körperlicher Betätigung und guten Kontakten mit anderen Menschen tragen zur seelischen Gesundheit bei (Prock 2019).

Abschliessende Bewertung der Psychopharmaka und praktische Ratschläge

Im Allgemeinen erhalten zu viele Menschen PP, ihre Wirksamkeit ist geringer und die Nebenwirkungen und Risiken sind höher als allgemein angenommen. Die Dosis sollte immer so niedrig wie möglich und die Einnahmedauer nur so lang wie nötig sein. Die gleichzeitige Einnahme mehrerer PP ist mit erhöhten Nebenwirkungen und Risiken verbunden und zu vermeiden.

Bei psychotischer Angst, längerer Schlaflosigkeit, unerträglicher Niedergeschlagenheit, quälendem Wahn/Halluzinationen und wiederkehrenden Episoden von Depression und/oder Manie sind PP hilfreich.

Es ist wichtig festzuhalten, dass der Anteil der Menschen, die im Laufe ihres Lebens an einer schweren psychischen Störung („endogene Psychosen“, d. h. Melancholie, Manie, Schizophrenie, bipolare Störung) erkranken, sehr gering ist (< 5 %). Das bedeutet, der weitaus grössere Teil der psychisch Erkrankten (ca. 95 %) leidet eher an funktionellen Störungen, die keine Krankheit im eigentlichen Sinne darstellen.

Da PP oft nicht die erhoffte Wirksamkeit zeigen, wird versucht, durch Wechsel auf andere Präparate der gleichen Gruppe, Erhöhung der Dosis, Kombination mehrerer PP der gleichen Gruppe oder Hinzunahme von PP aus anderen Gruppen (z. B. Neuroleptika bei Depressionen) doch noch die gewünschte Wirksamkeit zu erzielen. Dieses „Ausprobieren“ kommt in der Praxis häufig vor, hat aber wenig Aussicht auf Erfolg, wie sich bei der Besprechung der Ergebnisse der STAR*D-Studie zeigte. Im Kapitel „Was tun, wenn das Antidepressivum nicht hilft“ im Buch von Prof. Bschor werden die verschiedenen Strategien kritisch diskutiert (Bschor 2018). Die modernen Antidepressiva, die den grössten Teil der verschriebenen PP ausmachen, haben im Durchschnitt nur eine sehr bescheidene Wirkung (im Vergleich zu Placebo). Mirtazapin und Trazodon wirken beruhigend und schlaffördernd und sind zu bevorzugen.

Vor Beginn der Einnahme von PP sind folgende Überlegungen notwendig: Lassen sich die psychischen Probleme durch psychosoziale Faktoren/Auslöser erklären? In diesem Fall ist es besser, vorrangig an der Beseitigung der Auslöser zu arbeiten. Entscheidet man sich für die PP, ist es wichtig, die Einnahme und einen Absetzplan mit dem Arzt zu besprechen.

Vor häufigem Wechsel und Kombinationen von PP („Ausprobieren“) muss gewarnt werden. Dies führt meist nicht zum Erfolg. In jedem Fall sollte der Arzt einen sinnvollen Behandlungsplan vorlegen, dem der Patient zustimmen kann. Eine langfristige Einnahme (d. h. über Jahre) bedarf besonderer Gründe und sollte nicht ohne Absetzversuche erfolgen.

Das Buch „Gott ist mehr als genug“ von Jim Berg enthält zwei Zeugnisse von gläubigen Frauen, die jahrelang PP eingenommen haben, dann aber einen besseren Weg fanden (Berg 2018). Dieses Buch möchten wir als seelsorgerliche Hilfe für Betroffene empfehlen.

Biblisch-seelsorgerliche Aspekte

Psychisches Leiden ist so alt wie die Menschheit und gehört zum Leben wie körperliche Krankheit und Tod. Im Wort Gottes finden wir Depressionen, Ängste, psychosomatische Probleme und Wahnsinn (5. Mose 28,28; Dan 4,29-34; 1. Sam 21,16). Der von Gott geschaffene Mensch ist eine Einheit

von Körper und Geist/Seele. Zwischen diesen Teilen bestehen enge Beziehungen. So wie ein betrübter Geist körperliche Leiden auslösen kann (psycho-somatisch), ist es auch möglich, dass sich körperliche Krankheiten auf den Zustand des Geistes auswirken (somato-psychisch). Es gibt nicht nur körperliche, sondern auch seelische Schmerzen. Diese können ganz unterschiedlicher Art und Intensität sein. Seelische Schmerzen können unerträglich stark sein und Menschen in den Suizid treiben. Wie geht man mit solchen Schmerzen in rechter Weise um? Für Christen sollte klar sein, dass alle Umstände des Lebens einen Sinn haben und Teil von Gottes Plan und seiner Zulassung sind. Hiob sagte in seinem grossen Leid zu seiner Frau: „Wir sollten das Gute von Gott annehmen, und das Böse sollten wir nicht auch annehmen?“ (Hiob 2,10). Deshalb gilt es, alles Leid in unserem Leben zuerst aus der Hand Gottes anzunehmen und ein Ja dazu zu haben. In dieser Situation ist es wichtig, als Erstes nach Gott und seinen Gedanken zu fragen. Von König Asa lesen wir: „Und Asa wurde krank an seinen Füßen im 39. Jahr seines Königreichs, und seine Krankheit war sehr schwer; doch suchte er in seiner Krankheit nicht den HERRN, sondern die Ärzte“ (2. Chr 16,12; vgl. Luk 8,43). Asa liebte den Herrn, aber in dieser leidvollen Situation traf er die falsche Entscheidung. Das sollte uns eine Warnung sein. Es ist die Erfahrung vieler Kinder Gottes, dass sie in schwierigen Situationen und in grossem Leid Gott in besonderer Weise kennengelernt haben.

Gott kann im Leid besonders durch Sein Wort zu uns reden (Ps 119,143). Das geistliche Leben wird dadurch belebt und gestärkt. Durch das Leid ist uns die Möglichkeit gegeben, uns selbst und unsere Motive, Gott und auch unsere Mitmenschen besser kennenzulernen. Auf die Frage nach dem Warum des Leidens finden wir oft keine Antwort und bei längerer Dauer sind Vertrauen, Hoffnung und Geduld gefragt (vgl. Luk 8,43 und Luk 13,11). In Gottes Plan hat alles seine Zeit (Pred 3,1-8; 1. Petr 5,6), auch das Heilen (Pred 3,3). Wie schön ist es, wenn ein Kind Gottes bekennen kann: „Siehe, zum Heil ward mir bitteres Leid“ (Jes 38,17). Selbst erlebtes Leid und erfahrene Hilfe Gottes kann auch für andere zum Segen werden: Damit wir die zu trösten vermögen, die in allerlei Bedrängnis sind, durch den Trost, mit dem wir selbst von Gott getröstet werden (2. Kor 1,4).

Nach Gottes Gedanken soll Sein Kind, das leidet, in der Not nicht allein sein. Dies ist ein Aspekt, der uns die Wichtigkeit der örtlichen Gemeinde vor Augen führt. In Gal 6,2 heisst es: „Einer trage des anderen Lasten, so sollt ihr das Gesetz des Christus erfüllen!“ Verständnis, Trost und Ermutigung sind Balsam für die leidende Seele. Der Auftrag Gottes ist klar: „Wir ermahnen euch aber, Brüder: Verwarnt die Unordentlichen, tröstet die Kleinmütigen, nehmt euch der Schwachen an, seid langmütig gegen jedermann!“ (1. Thess 5,14). Unter Kleinmütigen und Schwachen dürfen wir sicher auch Menschen mit seelischen Problemen und Nöten verstehen. In diesem Dienst kommt dem Wort Gottes eine besondere Rolle zu: „Wie gut ist ein Wort, das zur rechten Zeit gesprochen wird!“ (Spr 15,23; vgl. Spr 25,11).

In der Heiligen Schrift werden mehrfach Ärzte erwähnt. Lukas, der Verfasser des 3. Evangeliums und der Apostelgeschichte, war Arzt (Kol 4,14). Auch von Medizin, z. B. Balsam, ist die Rede (Jer 8,22; 51,8). In 1. Tim 5,23 wird Timotheus angewiesen: „Trinke nicht mehr nur Wasser, sondern gebrauche ein wenig Wein um deines Magens willen und wegen deines häufigen Unwohlseins“. Im Zusammenhang mit unserem Thema kann man Wein auch als sanftes Psychopharmakon betrachten (Spr 31,6). Es ist also nicht falsch, zur rechten Zeit einen Arzt aufzusuchen, und es ist auch keine Sünde, PP einzunehmen. Aber letztlich sollen wir unser Vertrauen nicht auf Menschen und Medikamente setzen, sondern auf den lebendigen Gott (Jer 17,5; Spr 3,5). Gott allein kann heilen - der Arzt und seine Therapien sind nur Hilfsmittel. Der christliche Arzt Dr. Lechler hat einige wertvolle Büchlein zu dieser Thematik geschrieben (siehe Literaturverzeichnis).

So wie manche körperlichen Schmerzen auch mit den stärksten Schmerzmitteln nicht verschwinden, so können auch seelische Leiden trotz aller PP, die keine Wundermittel sind und ihre klaren Grenzen haben, bestehen bleiben. Erinnern wir uns in diesem Zusammenhang an die Verheissung des Wortes Gottes: „Denn ich bin überzeugt, dass die Leiden der jetzigen Zeit nicht ins Gewicht fallen gegenüber der Herrlichkeit, die an uns geoffenbart werden soll ... Denn wir wissen, dass die ganze Schöpfung

mitseufzt und in Wehen liegt bis jetzt; und nicht nur sie, sondern auch wir, die wir die Erstlingsgabe des Geistes haben, auch wir erwarten seufzend die Sohnesstellung, die Erlösung unseres Leibes“ (Röm 8,18.22-23).

Ja, es wird der Tag kommen, von dem es heisst: „Und Gott wird abwischen alle Tränen von ihren Augen, und der Tod wird nicht mehr sein, weder Leid noch Geschrei noch Schmerz wird mehr sein; denn das Erste ist vergangen. Und der auf dem Thron sass, sprach: Siehe, ich mache alles neu!“ (Offb 21,4-5).

Für Interessierte steht eine ausführlichere Abhandlung über Psychopharmaka zur Verfügung (Schumacher 2021).

Literaturverzeichnis

Berg, Gott ist mehr als genug. Grundlagen für eine ruhige Seele. Impact 2018

Bschor, Antidepressiva. Wie man die Medikamente bei der Behandlung von Depressionen richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte. Südwest 2018

Ehrenberg, Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Campus Verlag 2015

Fava, Antidepressiva absetzen. Anleitung zum personalisierten Begleiten von Absetzproblemen. Schattauer 2023

Frances, Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont Buchverlag 2014

Giger-Bütler, Was ist Depression wirklich? Plädoyer für ein neues Verständnis. Patmos 2023

Hari, Der Welt nicht mehr verbunden. Die wahren Ursachen von Depressionen und unerwartete Lösungen. HarperCollins 2021

Lechler, Verschiedene Bücher zum Thema Seelsorge

Dr. Alfred Lechler (1887 - 1971) war ein gläubiger Psychiater und Seelsorger, der viele wertvolle Bücher zum Thema Seelsorge geschrieben hat, die jedoch nur noch antiquarisch erworben werden können. Einige seiner Bücher können kostenlos hier als PDF heruntergeladen werden:

<https://biblische-lehre-wm.de/download-2/seelsorge>

Ludwig, Mühlbauer & Seifert, Arzneiverordnungs-Report 2022. Springer 2023

Prock, Welchen Stellenwert hat Lebensstilmedizin in der Seelsorge? 3L-Verlag 2019

Schumacher, Psychopharmaka und Seelsorge. Script 2021

Dieses Dokument enthält eine umfangreiche Abhandlung zum Thema Psychopharmaka mit vielen kommentierten Literaturhinweisen. Es kann kostenlos hier heruntergeladen werden:

<https://biblische-lehre-wm.de/wp-content/uploads/Psychopharmaka-und-Seelsorge-MSchumacher.pdf>

Whitaker, Anatomie einer Epidemie. Wundermittel, Psychopharmaka und die Zunahme psychischer Erkrankungen. Kohlhammer 2024 (deutsche Ausgabe erscheint im April 2024)

Wormer, Natürliche Antidepressiva. Sanfte Wege aus dem Stimmungstief. Mankau Verlag 2022