
Psychopharmaka

Therapie oder Manipulation?

Brigitte Woggon

Psychopharmaka sind Medikamente, die zur Therapie psychiatrischer Erkrankungen verwendet werden. Nach einer allgemeinen Übersicht über Definition und Wirkungsweise der Psychopharmaka wird am Beispiel der Depressionsbehandlung die im Titel gestellte Frage erläutert. Dabei zeigt sich, dass nicht die Anwendung von Antidepressiva, sondern ihre Nicht- und Falschanwendung als Manipulation der Patienten bezeichnet werden muss. Als wichtigste «Manipulations-Instrumente» werden das Vorenthalten richtiger und Geben falscher Informationen über vorhandene Therapiemöglichkeiten und deren Wirksamkeitsnachweis identifiziert.

1 EINLEITUNG

Therapie bedeutet Krankheitsbehandlung. Manipulation bedeutet Handhabung, Kunstgriff, Verfahren, Machenschaft(en). Liest man diese Definitionen, so hat man den Eindruck, dass Manipulation der übergeordnete Begriff ist und Therapie eine besondere Form der Manipulation, so wie bei Obst und Birne.

Man kann Manipulation im Sinne der gegebenen Definition gebrauchen, meist jedoch beinhaltet der Begriff eine Wertung, und zwar eine negative: Manipulation stellt im Gegensatz zur Therapie die Beeinflussung von Personen aus eigennütigen Motiven dar. Die Therapie wird zum Vorteil des Patienten durchgeführt, die Manipulation dagegen zum Vorteil des Manipulierenden. Natürlich nützt die Therapie auch dem Therapeuten, zum Beispiel durch den erzielten Verdienst, die Manipulation nützt aber nur dem Manipulierenden, nicht dem Patienten. Beim Lesen der letzten Zeilen spürt man deutlich, dass sich Therapie und Manipulation nicht immer so einfach voneinander unterscheiden lassen.

Definitionen sind nicht nur rein sprachliche Begriffserläuterungen, sondern stellen häufig das Endprodukt eines meinungsbildenden Entscheidungsprozesses dar. Dadurch ist es sehr schwierig, allgemeingültige Definitionen zu finden. Am besten löst man dieses sprachliche, gedankliche und emotionale Dilemma, indem man jeweils die persönliche Definition der verwendeten Begriffe deklariert. Ich möchte für den folgenden Artikel Therapie als eine zum Vorteil der Patienten durchgeführtes Verfahren definieren. Massnahmen, die nicht zum Vorteil der Patienten vorgenommen werden, also nicht nachgewiesenermaßen gegen Krankheitssymptome wirksam sind, möchte ich als Manipulation bezeichnen. Damit ist das wesentliche Merkmal dieser Definition nicht die Durchführung einer Massnahme, sondern ihre Intention.

Man kann das menschliche Gehirn auch mit nicht-medikamentösen Verfahren beeinflussen, zum Beispiel mit Erziehung, Psychotherapie, politischer Unterdrückung und Gehirnwäsche. Im Sachwortverzeichnis der modernen Handbücher zur Psychopharmakotherapie kommt der Begriff «Manipulation» in der Regel nicht vor. Die Diskussion, ob Therapie auch Manipulation ist, ist nicht mehr aktuell. Sie flackert allenfalls dann auf, wenn es um die psychopharmakologische Zwangsbehandlung psychiatrischer Patienten geht. Interessanterweise werden andere Zwangsmassnahmen wie isolieren/allein einsperren oder fixieren/fesseln/anbinden von manchen Menschen als weniger einschneidend empfunden als eine medikamentöse Zwangsbehandlung, obwohl die nicht-medikamentösen Zwangsmassnahmen keinen nachgewiesenen therapeutischen Effekt haben.

2 PSYCHOPHARMAKA

2.1 Was sind Psychopharmaka?

Psychopharmaka sind psychotrope Substanzen. Psychotrope Substanzen beeinflussen die Psyche oder psychische Funktionen. Dazu gehören seit Jahrhunderten bekannte Drogen wie Alkohol, Opium, Kokain und Haschisch. Wir bezeichnen nur diejenigen psychotropen Substanzen als Psychopharmaka, die zur Behandlung psychischer Störungen oder psychiatrischer Krankheiten angewendet werden. Diese Abgrenzung ist schwierig, weil auch als Genussmittel verwendete psychotrope Substanzen eine therapeutische Wirkung haben können. Als Beispiel möchte ich die angstlösende Wirkung von Alkohol erwähnen, die von vielen an Ängsten leidenden Patienten als rascher wirksam beschrieben wird als die Wirkung von ärztlich verordneten Anxiolytika. Ich möchte für die folgenden Ausführungen Psychopharmaka definieren als Medikamente, deren Wirksamkeit (bei richtiger Anwendung) gegen psychiatrische Erkrankungen nach den heute geltenden wissenschaftlichen Kriterien nachgewiesen ist.

2.2 Wie wirken Psychopharmaka?

Das menschliche Gehirn enthält schätzungsweise 50 bis 100 Milliarden Nervenzellen. Eine Nervenzelle (Neuron) besteht aus einem Zellkörper (Soma), vielen sich verästelnden Fortsätzen (Dendriten) und einem langen unverzweigten Fortsatz (Axon). Am Zellkörper und den Dendriten empfängt das Neuron Informationen, über das Axon gibt es Informationen an die nächste Zelle weiter.

Die Verbindungsstelle zwischen dem Axon einer Nervenzelle und der nächsten Zelle ist die Synapse. Sie besteht aus dem Endkolben des Axons, dem synaptischen Spalt und den Rezeptoren der postsynaptischen Membran der nächsten Zelle. Jedes Neuron ist mit schätzungsweise bis zu 15 000 anderen Neuronen verbunden. Bei 50 bis 100 Milliarden Nervenzellen ergibt sich so ein dreidimensionales Netzwerk von wahrscheinlich 10^{14} bis 10^{15} Synapsen (1).

Die Informationsübermittlung in unserem Zentralnervensystem erfolgt durch die Kombination elektrischer und chemischer Prozesse. Innerhalb der einzelnen Neuronen werden Informationen elektrisch weitergegeben; über den Spalt zwischen zwei Zellen gelangen sie in chemischer Form als sog. Neurotransmitter. Die meisten Psychopharmaka greifen in die Informationsübermittlung im Zentralnervensystem ein, indem sie die Konzentration bestimmter Neurotransmitter im synaptischen Spalt vermehren (Antidepressiva: Serotonin und/oder Noradrenalin) oder die entsprechenden Rezeptoren blockieren (Antipsychotika: Dopamin) oder sensibilisieren (Benzodiazepine bzw. Gamma-Aminobuttersäure). Ob diese Vorgänge die eigentlichen Wirkungsmechanismen darstellen, oder ob es sich dabei bereits um Auswirkungen unbekannter Primärprozesse handelt, können wir auf der Basis unseres heutigen Wissensstandes nicht sicher sagen.

Ein Psychopharmakon wirkt in der Regel auf mehrere Neurotransmitter und/oder Rezeptoren. Durch die Veränderung eines Prozesses werden ganz verschiedene Gleichgewichte aus ihrer Balance gebracht und durch Kompensationsprozesse entstehen neue Gleichgewichte. Die beste graphische Darstellung dieser Zusammenhänge habe ich im Buch von SPIEGEL (2) gefunden. Basierend auf dem Modell eines Mobile könnte man etwas provozierend die Wirkungsweise der Psychopharmaka folgendermassen beschreiben: sie «rütteln» am Hirnstoffwechsel. Ganz so unspezifisch kann die Wirkung jedoch nicht sein, sonst gäbe es keine Wirkungsunterschiede zwischen verschiedenen Psychopharmaka, zum Beispiel zwischen Anxiolytika und Antipsychotika.

2.3 Wogegen wirken Psychopharmaka?

Subjektiv wahrnehmbare und objektiv beobachtbare/«messbare» Psychopharmaka-Effekte lassen sich bei gesunden Versuchspersonen und bei psychisch Kranken erfassen. Die Wirksamkeit von Psychopharmaka gegen psychopathologische Symptome kann nur an Personen überprüft werden, die solche Symptome haben, also an Patienten.

Die klinische Einteilung und Benennung der verschiedenen Psychopharmaka erfolgt nach der Symptomatik, gegen die sie nachgewiesenermassen am stärksten wirksam sind: Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika, Nootropika, Phasenprophylaktika und Psychostimulantien. Psychopharmaka wirken nicht gegen Krankheiten oder Diagnosen, sondern gegen einzelne Symptome und Symptomgruppen (Syndrome).

Im Hinblick auf die Frage nach der Manipulierbarkeit menschlichen Verhaltens durch Psychopharmaka ist es wichtig, zu wissen, ob diese Substanzen gesunde Menschen in ungünstiger oder sogar krankhafter Weise verändern können. Im Zentrum des «Machbaren» stehen kurzfristige oder dauerhafte Sedierung oder Aktivierung. Eigentliche Krankheitszustände lassen sich nicht so einfach hervorrufen. Bekannt sind die Amphetaminpsychose und die pharmakogene Depression. Bei der Amphetaminpsychose handelt es sich um eine nach längerer

Amphetamin-Einnahme auftretende Psychose, die sehr viele Ähnlichkeiten mit einer paranoiden Schizophrenie hat. Langfristige und individuell zu hoch dosierte Einnahme von Antipsychotika kann zu einem verlangsamten Zustand mit Interesseneinengung führen, der nicht so ganz einfach von einer Depression zu unterscheiden ist. Durch die abschirmende Wirkung gegenüber inneren und äusseren Reizen können sich eine ausgeprägte Gleichgültigkeit und affektive Nivellierung entwickeln, was zur Prägung des Begriffes «chemische Zwangsjacke» geführt hat.

Abgesehen von Berichten aus politischen Diktaturen und Kriminalromanen ist mir keine böswillige Falschanwendung von Psychopharmaka zur Manipulation von Personen bekannt.

3 DEPRESSIONSBEHANDLUNG

Die Möglichkeiten, Depressionen und andere affektive Störungen zu erkennen und zu behandeln, wurden in den letzten Jahren zunehmend weiter entwickelt. Es profitieren aber leider immer noch viel zu wenige Patienten von diesen positiven Veränderungen. Dafür sind vor allem zwei Gründe verantwortlich: Depressionen werden häufig sehr spät oder gar nicht als Krankheit erkannt. Patienten, Angehörige, Ärzte und andere Therapeuten sind zu wenig über die heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten informiert.

3.1 Depressionen erkennen

Depressionen sind von allen psychiatrischen Erkrankungen am häufigsten. Drei bis fünf Prozent der Bevölkerung leiden gleichzeitig an Depressionen, bis zu 25% erleben mindestens eine Depression in ihrem Leben. Äusserliche Veränderungen gibt es nur bei schwer ausgeprägten Depressionen. In den meisten Fällen handelt es sich also um eine unsichtbare Krankheit. Die Möglichkeit, Depressionen zu erkennen, wird noch dadurch erschwert, dass diese Krankheit «viele Gesichter» hat. Häufig werden Depressionen verwechselt mit Verstimmungen beim Gesunden, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, verschiedenen körperlichen Krankheiten und Demenz.

Im Zentrum der Depression stehen die Antriebsstörung und die depressive Verstimmung. Denken, Wollen und Handeln sind gehemmt, die Denkinhalte negativ, Wahrnehmung und Gefühle abgeschwächt. Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle, vermindertes emotionales Mitschwingen und eine zunehmende Kontaktverminderung prägen das depressive Bild. Die Patienten fühlen sich verändert, fremd, wissen nicht mehr, wer sie eigentlich sind, können sich nicht mehr auf sich selbst verlassen. Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Konzentrations-schwierigkeiten, verlangsamte Auffassung, schlechte Merkfähigkeit und ein vermindertes Interesse für die Umwelt erschweren eine sinnvolle Beschäftigung. Statt oder zusätzlich (gleichzeitig oder abwechselnd) zu den geschilderten Kernsymptomen können viele andere Symptome auftreten, zum Beispiel Angst, Panik, Aggression, Essstörungen, Zwangssymptome, manische oder psychotische Sym-

ptome, funktionelle Beschwerden, sekundärer Missbrauch von Alkohol, modernen Drogen oder Medikamenten.

3.2 Soziale Konsequenzen von Depressionen

Die sozialen Konsequenzen sind ausgeprägter und anhaltender als ursprünglich angenommen wurde: Beziehungsschwierigkeiten, Leistungsabfall (bis hin zur Invalidität) und Suizid (15%). Der Anteil der Depressionen, die länger als zwei Jahre dauern, beträgt etwa 20%. Die sozialen Konsequenzen zeigen anschaulich den Unterschied zwischen sogenannten Depressionen des Gesunden (kreative Melancholie, nachdenkliche Tage, Glaubenskrisen, Auseinandersetzung mit schwierigen lebensgeschichtlichen Situationen) und der quälenden, wirtschaftlich belastenden und lebensgefährlichen Krankheit Depression.

In der Schweiz sterben jährlich 1500 Personen durch Selbstmord, 900 im Strassenverkehr. Die Suizidrate (rund 23 Suizidtote pro 100 000 Einwohner) ist höher als in der Bundesrepublik Deutschland, etwa doppelt so gross wie in den USA und dreimal so gross wie in England. In vielen Ländern haben die Suizide bei jungen Erwachsenen zugenommen. In der Schweiz ist der Suizid zurzeit bei den 25- bis 34jährigen Männern die häufigste Todesursache (3). Etwa 60% der Personen, die sich selbst töten oder einen Suizidversuch machen, gehen im Monat davor zum Hausarzt. Das bedeutet, dass durch eine bessere Schulung der Hausärzte in der Erkennung von Depressionen und Suizidgefahr viele Suizide vermieden werden könnten.

3.3 Depressionen behandeln

Es gibt eine fast unübersehbare Fülle ganz unterschiedlicher «Therapieverfahren», die zur Behandlung von Depressionen und anderen affektiven Störungen angewendet werden, zum Beispiel Homöopathie, Bachblüten, Hypnose, verschiedenste Psycho- oder Gesprächstherapien, Psychoanalyse nach Freud und Jung, Daseinsanalyse, Verhaltenstherapie, Beschäftigungstherapie, körperzentrierte Therapien, autogenes Training, Lichttherapie, Schlafentzug, Psychopharmaka und Elektrokrampftherapie.

Therapeuten unterschiedlicher Art machen geltend, dass sie mit ihrer Methode im Gegensatz zu den Psychopharmaka nicht nur die Symptome der Depression bekämpfen, sondern die Ursachen herausfinden und beseitigen. Untersuchungen, die diese Behauptung überprüfen, liegen nicht vor. Glaube ersetzt hier den Wirksamkeitsnachweis nach den heute geltenden wissenschaftlichen Kriterien. Wirksamkeitsnachweise liegen vor für Verhaltenstherapie, kognitive und interpersonelle Gesprächstherapie, Lichttherapie, Schlafentzug, Psychopharmaka und Elektrokrampftherapie.

Nicht die vermeintliche Ursache, sondern der Schweregrad der depressiven Symptomatik entscheidet über die Auswahl der Therapiemethode. Bei leichten Depressionen, die keine oder noch keine sozialen Konsequenzen aufweisen,

kann eine nicht-medikamentöse Behandlung allein wirksam sein. Sobald die Depression aber mittelgradig ausgeprägt ist, sich also soziale Konsequenzen in Form von Beziehungsschwierigkeiten, Leistungsabfall und Suizidgefahr entwickelt haben, sollten Psychopharmaka eingesetzt werden. Bei sehr schweren Depressionen, insbesondere bei wahnhaften Depressionen, ist bei Versagen der Psychopharmakotherapie die Elektrokrampfbehandlung indiziert. Man kann auch leichte Depressionen direkt mit Psychopharmaka behandeln, ohne abzuwarten bis sie schlimmer werden.

Im Mittelpunkt der psychopharmakologischen Depressionsbehandlung steht heute die Anwendung von Antidepressiva. Durch die Entwicklung verschiedener Substanzgruppen ist eine differenzierte und nebenwirkungsarme Behandlung möglich geworden: Trizyklika (TCA), Monoaminoxidasehemmer (MAOI), Spezifische Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), Reversible selektive Monoaminoxidasehemmer (RIMA). Antidepressiva bewirken eine Besserung depressiver Symptome, unabhängig von der Grundkrankheit, zum Beispiel bei einer endogenen oder reaktiven Depression, einer Schizophrenie oder einer Demenz.

Es ist sehr wichtig, Antidepressiva hoch genug zu dosieren, damit sich entweder eine rasche Besserung der depressiven Symptomatik entwickeln kann oder damit man bei Nichtwirksamkeit oder Nichtverträglichkeit rasch entscheiden kann, ob ein anderes Präparat verordnet werden muss. Bei richtigem Vorgehen kann man nach einem Monat beurteilen, ob das verordnete Antidepressivum das richtige Medikament für den Patienten ist.

Selten entwickeln sich echte therapieresistente Depressionen, für die aber heute eine ganze Reihe von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen: hochdosierte Anwendung verschiedener Antidepressiva, Antidepressiva-Infusionen, Kombination mit anderen Psychopharmaka, Hormonen, Schlafentzug und Verhaltenstherapie und bei ganz schwerer Therapieresistenz Elektrokrampftherapie.

4 ANTIDEPRESSIVA-BEHANDLUNG – THERAPIE ODER MANIPULATION?

Je nach Schweregrad sprechen die Hälfte bis zwei Drittel der depressiven Patienten auf das erstverordnete Antidepressivum an. Es ist jedesmal eine grosse Freude, mitzuerleben, wie ein Patient die Depression abstreift und wieder ganz sich selber wird.

4.1 Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?

Viele Patienten und Angehörige befürchten, dass Antidepressiva die Persönlichkeit verändern. Wenn man vom Charakter oder der Persönlichkeit eines Menschen spricht, so meint man in der Regel seine individuelle und unverwechselbare Art. Damit ist die Vorstellung einer zeitlichen Konstanz verknüpft, im Sinne einer Identität über die Zeit.

KRAMER (4) beschreibt in seinem berühmt-berüchtigten Buch «Listening to Prozac» die Wirkung eines neuen Antidepressivums als so verändernd, dass sich vorher depressive Patienten «better than well» fühlen. «... the medication redefined what was essential and what contingent about his own personality.»

Ich habe im Verlauf meiner nun schon 25 Jahre dauernden psychiatrischen Tätigkeit auch Patienten gesehen, die sich nach einer erfolgreichen antidepressiven Therapie «wie neu geboren» fühlen, «so gut wie noch nie». Diese Formulierungen legen den Verdacht auf eine Veränderung der Persönlichkeit, des Charakters nahe. Fragt man aber genau nach, nicht nur beim Patienten, sondern auch bei seinen Angehörigen, so stellt sich immer wieder der gleiche Sachverhalt heraus: es handelt sich um Patienten, die seit vielen Jahren oder Jahrzehnten eigentlich immer zumindest leicht ausgeprägte depressive Symptome hatten. Bevor diese durch das Antidepressivum weggegangen sind, wusste der Patient gar nicht, dass es sich um Krankheitssymptome gehandelt hat, sondern hielt die Symptome für seine persönlichen Eigenschaften, die zu seinem Charakter gehören.

Dieser Sachverhalt zeigt, dass viele Menschen nicht in der Lage sind, zwischen ihren Charaktereigenschaften und länger vorhandenen Krankheitssymptomen zu unterscheiden. Leider trifft das nicht nur auf Patienten zu, sondern auch auf sehr viele Ärzte und andere Therapeuten. Dieses Missverständnis ist die Basis für viele jahrelang dauernde Psychotherapien, die dem Patienten helfen sollen, seine Persönlichkeit zu verändern.

4.2 Ökonomische Aspekte

Vier Prozent der gesamten Gesundheitskosten werden für affektive Störungen ausgegeben. Der grösste Teil lässt sich auf die inadäquate Behandlung affektiver Störungen zurückführen (5). Inadäquate Behandlung beinhaltet die Nichtanwendung und Falschanwendung von Antidepressiva bei klarer Indikation.

4.3 Nichtanwendung von Antidepressiva

Manche Menschen glauben, dass Psychopharmaka im allgemeinen und Antidepressiva im besonderen nur dazu nützen, die Psychopharmaka-Hersteller reich zu machen. Eine genauere Analyse der Verkaufszahlen in Europa, Nordamerika und Japan (80–85% des Welt-Pharmamarktes) hat sehr interessante Zusammenhänge aufzeigen können (2). 1993 wurden in diesen Ländern für 14 Milliarden Schweizer Franken Psychopharmaka umgesetzt (knapp sieben Prozent des Gesamt-Pharmamarktes). In dieser Region leiden 4,7 Millionen Menschen an Schizophrenie; 80% werden mit Antipsychotika behandelt. Die viel häufigeren Depressionen (65 Millionen) und Angststörungen (72,6 Millionen) werden viel seltener medikamentös behandelt (23% und 17%). Diese Zahlen weisen darauf hin, dass die am besten bezüglich ihrer Wirksamkeit untersuchte Behandlung von

Depressionen und Angststörungen nur bei einem Fünftel bis einem Viertel der Patienten angewendet wird.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man, wenn man nicht die Verkaufszahlen von Antidepressiva betrachtet, sondern überprüft, wie häufig an schweren Depressionen leidende Patienten mit Antidepressiva behandelt werden. Ein besonders gut dafür geeignetes Verfahren ist die sogenannte psychologische Autopsie. Damit ist die nachträgliche Überprüfung der Behandlung von Patienten gemeint, die sich suizidiert haben. Nur ein kleiner Teil solcher Patienten ist mit Antidepressiva behandelt worden. Die meisten Patienten haben entweder gar keine Psychopharmaka bekommen oder solche, die nicht indiziert waren, zum Beispiel Antipsychotika oder Anxiolytika ohne gleichzeitige Gabe von Antidepressiva. Es ist verblüffend und erschreckend, dass auch Patienten mit Suizidversuchen in der eigenen Vorgeschichte und Suiziden in der Familienanamnese sehr selten auf Lithium eingestellt werden, obwohl dieses Medikament das einzige ist, für das es überzeugende Hinweise auf eine auch langfristige antisuizidale Wirkung gibt.

4.4 Falschanwendung von Antidepressiva

Die Grenzen der Depressionsbehandlung werden vor allem dadurch gesteckt, dass neu gewonnene Erkenntnisse nicht angewendet werden. Das lässt sich am besten an den Ursachen sogenannter therapieresistenter Depressionen veranschaulichen. Als therapieresistent gelten heute Depressionen, die auf die Behandlung mit zwei verschiedenen Antidepressiva in adäquater Dosierung (entsprechend mindestens 150 mg Imipramin täglich) und in adäquater Dauer (mindestens vier Wochen) nicht angesprochen haben.

Die meisten Patienten, die wegen einer therapieresistenten Depression in meine Spezialsprechstunde kommen, sind nach den gültigen Definitionskriterien nicht therapieresistent, sondern wurden gar nicht nach dem neuesten Wissensstand behandelt. Meistens wurden überhaupt keine Antidepressiva verordnet oder dann in viel zu niedriger Dosierung oder viel zu kurz.

4.5 Wie werden depressive Patienten manipuliert?

Der Mythos von den «bösen» Psychopharmaka, die den Menschen verändern und manipulieren, hindert viele Patienten, Angehörige, Ärzte und andere Therapeuten daran, wirksame Hilfe zu suchen oder zu geben. Viele Therapeuten schüren natürlich diese Vorurteile, weil sie dadurch ihre eigene «Therapie» besser «verkaufen» können, weil sie nicht-medikamentös, also nicht «böse und gefährlich» ist.

Es hat sich eine gefährliche Begriffsverwirrung entwickelt. Die bezüglich ihrer Wirksamkeit überprüften Therapieverfahren und insbesondere die Psychopharmaka, die die grösste Chance für eine effiziente Behandlung bieten, werden als inhuman etikettiert. Dagegen werden wie auch immer geartete «Behandlungen», deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, als human bezeichnet. Ebenso gefähr-

lich ist folgende Einstellung: «Ich behandle meine Patienten nicht mit hohen Dosierungen von Antidepressiva, sondern nur mit einer niedrigen Dosis, also schonender.» Auf diese Weise werden Patienten oft jahrelang in einer chronischen Depression «gehalten», die man allein mit einer Dosiserhöhung wirksam behandeln könnte.

Die wichtigsten «Instrumente» zur Manipulation depressiver Patienten sind das Vorenthalten richtiger und das Geben falscher Informationen. Die Patienten werden nicht darüber aufgeklärt, welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und für welche ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt. Die Nachuntersuchung depressiver Patienten zeigt eindrücklich, dass nur jeder fünfte die Chance hat, richtig, das heisst wirksam, behandelt zu werden.

Bei der Manipulation der Patienten geht es nicht immer allein um Geld, sondern auch darum, zu «beweisen», dass die eigene «Therapiemethode» wirksam ist. Gerade Therapeuten, deren Verfahren nicht bezüglich seiner Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft wurde, brauchen die Einzelfälle besonders, um sich und anderen zu beweisen, dass ihr Vorgehen richtig, oder sogar das einzig Richtige ist. In Diskussionen mit solchen Therapeuten wird die Distanz zu Medizin und Wissenschaft und die Nähe zur Religion oder zum Religionsersatz deutlich. Selbst wenn eine andere Therapie als die eigene dem Patienten helfen würde, so wäre das nicht erwünscht, weil es sich eben nicht um die «wahre» Therapie handelt. Viele Patienten haben deshalb auch Angst, ihrem Psychotherapeuten zu «beichten», dass sie zusätzlich (wie bei einem Seitensprung) zu einem Arzt gehen, der ihnen Medikamente verschreibt, die ihnen helfen.

Literatur

- (1) BENKERT, O. 1995. Psychopharmaka: Medikamente, Wirkung, Risiken. – Verlag C.H. Beck, München.
- (2) SPIEGEL, R. 1995. Einführung in die Psychopharmakologie. – Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- (3) MICHEL, K., FREY, C. & MERZ, M. 1992. Krise und Suizid. – Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, Ort?
- (4) KRAMER, P.D. 1993. Listening to Prozac. A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self. – Viking, Ort?
- (5) Task Force of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP). 1993. Impact of neuropharmacology in the 1990s – strategies for the therapy of depressive illness. – European Neuropsychopharmacology 3, 153–156.