

Graf Schimmelmann, Benno

## **Medikamentengabe und Psychotherapie**

*Sannwald, Renate / Schulte-Markwort, Michael und Resch, Franz (Hg.):  
Psychotherapeutische Fertigkeiten, 2013 S. 117-131*

urn:nbn:de:bsz-psydok-48748

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

V&R



Renate Sannwald  
Michael Schulte-Markwort  
Franz Resch

# Psychotherapeutische Fertigkeiten

Mit 5 Abbildungen und 16 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-46264-5

ISBN 978-3-647-46264-6 (E-Book)

© 2013, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

Vorwort .....	7
<i>Michael Schulte-Markwort</i>	
Zuhören und Sehen .....	9
<i>Eginhard Koch</i>	
Verstehen .....	23
<i>Jürgen Körner</i>	
Deuten .....	37
<i>Volker Kraft</i>	
Lernen und Logik psychotherapeutischer Kompetenz ....	53
<i>Franz Resch</i>	
Abtinentsein und Handeln in der Psychotherapie .....	73
<i>Inge Seiffge-Krenke</i>	
Arbeitsbündnis und Übertragung in der psycho- therapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen .....	97
<i>Benno Graf Schimmelmann</i>	
Medikamentengabe und Psychotherapie .....	117
<i>Renate Sannwald</i>	
Das Beenden der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlung .....	133
Ausblick .....	155
Die Autorinnen und Autoren .....	157

## **Medikamentengabe und Psychotherapie**

### **Vorbemerkung**

Psychopharmakotherapie ist ein möglicher Baustein in der multimodalen Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder. Diese simple Aussage ist unumstritten. Dennoch haben im klinischen Alltag sowohl Eltern als auch Psychotherapeuten häufig erhebliche Bedenken, einem Kind ein Psychopharmakon zu verabreichen. Neben angemessenen Bedenken zu potenziellen Wechselwirkungen zwischen Psychopharmakotherapie und Psychotherapie oder Unsicherheiten zu Wirkungen und Nebenwirkungen eines Psychopharmakons trifft man immer wieder auf Vorurteile und sehr prinzipielle Bedenken. Der eher psychotherapeutisch Arbeitende mag die Psychopharmakotherapie für zu kurz gegriffen, biologistisch, Abhängigkeit erzeugend oder mechanistisch halten, während der eher psychopharmakologisch Arbeitende die Psychotherapie für weniger wirksam, überflüssig, verschwendete Lebenszeit oder schädlich halten mag. In einem derartigen Klima ist weder die Entscheidung für ein Psychopharmakon noch das Reflektieren über die Wechselwirkungen zwischen Psychopharmakotherapie und Psychotherapie im Verlauf möglich. Dieser kleine Aufsatz erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Betrachtung, insbesondere ist er keine Übersicht zu Stoffgruppen, Wirkungen und Nebenwirkungen, sondern soll mit einigen Gedanken und klinischen Beispielen zur Reflexion über das Thema »Medikamentengabe im Kontext der Psychotherapie« einladen.

### **Wechselwirkungen zwischen Psychopharmakotherapie und Psychotherapie**

In Tabelle 1 sind mögliche positive und negative Wechselwirkungen zwischen Psychopharmakotherapie und Psychotherapie dargestellt,

die im Folgenden kurz mit kleinen Fallbeispielen erläutert werden sollen. Einige dieser möglichen Wechselwirkungen aus erwachsenen-psychotherapeutischer Perspektive sind im »Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change« (Garfield u. Bergin, 1986) nachzulesen.

**Tabelle 1:** Potenzielle positive und negative Wechselwirkungen zwischen Psychopharmakotherapie (PPT) und Psychotherapie (PT)

Positive Wechselwirkungen	Negative Wechselwirkungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PPT ermöglicht erst der PT Zugang</li> <li>- PPT fördert Optimismus und stärkt das Vertrauen in PT</li> <li>- PT ermöglicht erst oder konsolidiert die PPT- Wirkung</li> <li>- PT stärkt die PPT-Adhärenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PPT verstärkt eine passive, negative Haltung gegenüber PT oder der Erkrankung</li> <li>- PPT geben entwertet die PT und den Psychotherapeuten</li> <li>- PPT nimmt die Motivation zur PT</li> <li>- PT unterminiert die PPT-Adhärenz</li> <li>- PT mindert die PPT-Wirkung</li> </ul>

Zu den positiven Wechselwirkungen zählen:

### Psychopharmakotherapie ermöglicht erst den Zugang zur Psychotherapie

Diese Wechselwirkung erhofft man sich in der Regel für Kinder und Jugendliche mit schwereren Ausprägungsgraden kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen wie etwa Depressionen, Zwangsstörung, ADHS oder Schizophrenie. So hat es beispielsweise im Einzelfall wenig Sinn, in eine länger dauernde Psychotherapie depressiver Kognitionen, Stressverarbeitung, Konfliktbewältigung oder Familiendynamik einzusteigen, solange ein Jugendlicher derart schwer depressiv ist, dass sein Denken und Antrieb massiv eingeschränkt sind oder Suizidalität stark im Vordergrund steht. Gut nachvollziehbar ist die positive Wechselwirkung von Medikamentengabe und Psychotherapie auch bei der Behandlung einer floriden Schizophrenie, wenn ein Gespräch aufgrund der Massivität von Denkstörungen gar nicht mehr möglich ist. Nicht selten sieht man diese positive Wechselwirkung auch bei Kindern mit ADHS und komorbider emotionaler Störung oder Traumatisierungen in der Vorge-



schichte, bei denen die ADHS-Behandlung mit Stimulanzien eine Psychotherapie beispielsweise zur Bearbeitung von Traumafolgen erst möglich macht.

### **Psychopharmakotherapie fördert den Optimismus und das Vertrauen in die Psychotherapie**

Psychotherapien, deren positive Wirkung lange ausbleibt, können von einer ergänzenden Psychopharmakotherapie profitieren. Gelegentlich gibt es diesen Effekt bei der Familientherapie eines ADHS-Kindes mit komorbider emotionaler Störung vor dem Hintergrund massiver Familienkonflikte. Ist das Familiensystem dauernd überlastet mit dem alltäglichen Ärger, der mit der ADHS-Symptomatik verbunden ist, erlebt man häufig insbesondere bei der Stimulanzientherapie einen »therapeutischen Kick«. Die schnelle massive Entlastung von Eltern und Kind ermöglicht dann erstaunliche Veränderungen in den intrafamiliären Beziehungen.

### **Psychotherapie ermöglicht oder konsolidiert eine psychopharmakologische Wirkung**

In zwei Fällen aus meiner klinischen Tätigkeit halte ich diese Wechselwirkung für entscheidend. Im ersten Fall habe ich einen 16-jährigen Jugendlichen mit einer schweren psychotischen Episode behandelt, der auf drei Behandlungsversuche mit Antipsychotika (inklusive Clozapin) über sechs Monate nur mäßig ansprach. Vor allem Antriebsmangel, Hoffnungslosigkeit, ein subdepressiver Affekt und eine im Stress schnell wieder aufflackernde Wahnsymptomatik blieben über viele Wochen hartnäckig bestehen. Seine Mutter war an einer chronischen Schizophrenie erkrankt, hatte wenig Krankheitseinsicht und ihre Störung hatte einen sehr ungünstigen Krankheitsverlauf genommen. Sie lebte in einer geschützten Wohneinrichtung, arbeitete nicht und war für den Jugendlichen ein wichtiges (negatives) Modell dafür, welchen Lebensweg man als Schizophreniepatient vor sich hat. Erst die ausführliche Bearbeitung dieser Thematik ermöglichte eine deutliche Symptomverbesserung, zunächst von Affekt und Antrieb, wenig später auch der Wahnsymptomatik. Sie führte zu der Einsicht, dass für jeden Menschen eine Psychose anders verläuft und man durch eine Auseinandersetzung mit der Krank-

heit deren Verlauf beeinflussen kann. Die Bearbeitung machte dem Patienten deutlich, dass er auch noch einen gesunden Vater hatte, dessen (protektive) Gene er ebenfalls in sich trug.

Im zweiten Fall wurde mir eine Patientin mit massiver Zwangssymptomatik vorgestellt, die bereits mit mehreren Antidepressiva hoch dosiert und mit Verhaltenstherapie ohne ausreichenden Erfolg behandelt worden war. Wir begannen eine intensive Familientherapie, in der es um intrafamiliäre Grenzen über mehrere Generationen hinweg, Konfliktlösungsstrategien sowie um die schwere Angststörung der Mutter ging. Mit zunehmendem Zutagetreten der transgenerationalen Konflikte und einer angemesseneren Abgrenzung der Eltern den Großeltern gegenüber konnten die Eltern auch besser der Tochter abgegrenzt gegenüber treten, deren Zwangs- und Angstsymptomatik sich in der Folge deutlich besserte.

In beiden Fällen kann man argumentieren, dass gegebenenfalls nur die Psychotherapie den gewünschten Effekt hervorgerufen hatte – oder dass allein die Psychopharmaka unabhängig von der Psychotherapie nach längerer Zeit ihre Wirkung taten. Ein Beweis wird hier nicht gelingen. Die oben genannte Wechselwirkung ist jedoch ein hilfreiches Konstrukt, das mich in beiden Fällen motivierte, die Wirkung der Psychotherapie neu zu überdenken – und nicht etwa die Psychopharmaka umzustellen oder ihre Dosis zu erhöhen.

### **Psychotherapie stärkt die Psychopharmakotherapie-Adhärenz**

Hier ist zum einen der unspezifische Aspekt der Psychotherapie als einem Setting gemeint, in dem man Bedenken und Hoffnungen gegenüber einem Psychopharmakon verbalisieren und bearbeiten kann. Zum anderen kommen spezifische Verfahren in Frage, beispielsweise die gezielte Compliance-Therapie oder psychoedukative Verfahren bei psychotischen Störungen (Barkhof, Meijer, de Sonneville, Linszen u. Haan, 2012).

Zu den negativen Wechselwirkungen zählen:

### **Psychopharmakotherapie verstärkt eine passive oder negative Grundhaltung gegenüber der Psychotherapie oder Erkrankung**

Psychopharmaka können unabhängig von ihrer physiologischen Wirkung Haltungen und Vorstellungen bei Patienten hervorrufen oder verstärken, die ungünstig sind. So kann ein Medikament eine passive oder pessimistische Position gegenüber einer psychischen Störung verstärken: »Gebt mir ein Medikament, das mich gesund und glücklich macht, ich selbst möchte nichts oder kann sowieso nichts dazu beitragen.« Diese passive, die Verantwortung abgebende Haltung kann prinzipiell bei jeder Therapie auftreten, sei es Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Bei der Psychopharmakotherapie ist es zusätzlich problematisch, dass im ungünstigen Fall ein verschreibender Arzt die Haltung des Patienten teilt und damit verstärkt: »Sie müssen jetzt vier bis sechs Wochen abwarten, bis die Antidepressiva wirken.« Also muss beim Verschreiben eines Psychopharmakons sorgfältig kommuniziert werden, dass beides, Psychotherapie und Pharmakotherapie, zur Heilung eines Patienten für notwendig erachtet wird.

### **Psychopharmakotherapie nimmt die Motivation zur Psychotherapie**

Gerade bei sehr positiver anfänglicher Wirkung kann es zum Abbruch von Psychotherapien kommen. Dies beobachtet man immer wieder bei der Stimulanzientherapie der ADHS, die häufig schnell zu sichtbaren Verbesserungen der Symptomatik führt. Es sei an dieser Stelle betont, dass es einige Kinder gibt, bei denen eine psychopharmakologische ADHS-Behandlung schlicht ausreicht, um emotionale Probleme zu mindern und die vormals konfliktreichen Familienbeziehungen auf einen guten Weg zu bringen. Im besten Sinne löst das Psychopharmakon eine Entwicklungsblockade beim Kind und hilft, die eigentlichen Entwicklungsschritte nun auch ohne Psychotherapie selbst zu bewältigen. Es gibt aber einige Kinder mit ADHS und schwereren emotionalen Beeinträchtigungen, Traumatisierungen oder konfliktreichen Familienbeziehungen, die zusätzlicher Psy-

chotherapie bedürfen. Wenn Kinder und/oder Eltern aufgrund der anfänglich guten Stimulanzienwirkung (*Kickeffekt*) dann eine Psychotherapie und/oder ein Elterntaining ablehnen, ist dies bedauerlich. Ich möchte jedoch aus persönlicher Erfahrung hinzufügen, dass die Ablehnung einer Psychotherapie mich bis jetzt in meiner Praxis noch nie zur Verweigerung einer klar indizierten Stimulanzientherapie bei ADHS geführt hat, wohl aber die Ablehnung von ausreichendem Monitoring der Behandlung oder von Netzwerkgesprächen, die notwendig sind, um eine qualitativ angemessene Stimulanzientherapie durchzuführen. Psychopharmakagabe kann auch ohne positive Wirkung derselben die Motivation für Psychotherapie reduzieren, beispielsweise einfach durch die genannte Verstärkung einer passiven Grundhaltung.

### **Psychopharmakotherapie entwertet die Psychotherapie**

Dieser Aspekt negativer Wechselwirkungen ist bereits in den beiden vorgenannten potenziell enthalten. Im schwerwiegendsten Fall entwertet der verschreibende Arzt explizit die Psychotherapie. Aber selbst wenn Psychopharmaka in bester Absicht und Grundhaltung und unter Betonung der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Psychotherapie verschrieben werden, kommt es gelegentlich dazu, dass eine klare, Wirkungen und Nebenwirkungen evaluierende ärztliche Haltung von Patienten als stark, helfend und optimistisch erlebt wird, während eine weniger direktive psychotherapeutische Umgangsweise implizit entwertet wird. Hier sind Reflexion und Absprache zwischen dem Psychopharmakologen und dem Psychotherapeuten dringend erforderlich und gelegentliche gemeinsame Gespräche mit den Eltern oder der Familie hilfreich.

### **Psychotherapie unterminiert die Psychopharmaka-Adhärenz**

Umgekehrt kommt es vor, dass ein Psychotherapeut durch Ablehnung oder Unwissenheit die Psychopharmakotherapie entwertet und damit deren Adhärenz unterminiert. Dieses Phänomen kommt aber auch dann vor, wenn ein Psychotherapeut vollumfänglich hinter einer zusätzlichen Psychopharmakotherapie steht. Es ist häufig hilfreich und notwendig, dass der Psychotherapeut mit dem Patienten die Bedeutung der Medikamenteneinnahme im Behandlungsprozess

aufgreift, auch wenn er nicht der verschreibende Arzt ist. Dazu muss man – aus meiner Sicht – ein minimales Grundwissen zur Indikation, Wirkungsweise und zu den Nebenwirkungen von Psychopharmaka haben und mit dem Verschreibenden kommunizieren, weil sich ansonsten die Unsicherheit des Psychotherapeuten auf den Patienten überträgt, der dann die Medikamente absetzt. Mir ist bewusst, dass man hier auch anders vorgehen kann, beispielsweise als Psychotherapeut die Medikamenteneinnahme des Patienten als *eine* Lebenswirklichkeit unter vielen ansehen kann, ohne viel Detailwissen zu haben. Bei bestimmten Patienten kommt man als Psychotherapeut mit dieser Grundhaltung jedoch an seine Grenzen, wenn beispielsweise Medikamentenwirkungen oder Nebenwirkungen einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden oder die Psychotherapiefähigkeit eines Patienten haben – so wie in der Behandlung der Schizophrenie.

### **Psychotherapie mindert die Psychopharmakotherapie-wirkung**

Diese Wechselwirkung sei der Vollständigkeit halber erwähnt. Jede nicht indizierte oder nicht lege artis durchgeführte Psychotherapie kann selbstverständlich die Psychopharmakotherapie-wirkung mindern. Als Angst- oder Zwangssymptomatik missverstandene Wahnsymptomatik mit Expositionstherapie zu behandeln, wäre ein negatives Beispiel.

Zusammenfassend sind ausgewählte Fertigkeiten zum Thema Wechselwirkungen in Tabelle 2 dargestellt.

**Tabelle 2:** Fertigkeiten bei Wechselwirkungen zwischen Psychotherapie (PT) und Psychopharmakotherapie (PPT)

<b>Wechselwirkungen PT und PPT</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Reflexion über eigene grundsätzliche Haltung gegenüber Psychopharmaka</li><li>- Reflexion über eigene fallbezogene Haltung gegenüber spezifischem Psychopharmakon</li><li>- Bewusstsein für verschiedene Wechselwirkungsoptionen schaffen</li><li>- Evaluation der Wechselwirkungen im Verlauf einer kombinierten PT und PPT</li></ul>

## Einstellungen zu Psychopharmaka und Adhärenz

Die Bereitschaft von Eltern, ihren Kindern Psychopharmaka verschreiben zu lassen, ist nicht hoch. Am ehesten sei diese nach einer Untersuchung von McLeod, Pescosolido, Takeuchi und White (2004) gegeben, wenn das Kind suizidal sei (57 %), Verhaltensstörungen (34 %) oder ADHS (30 %) habe. Bei ADHS neigten Eltern dazu, eine Entscheidung für eine psychopharmakologische Behandlung in einer akuten Krise zu treffen (Brinkman et al., 2009). So ist es nicht verwunderlich, dass Eltern ihre Entscheidung für ein Medikament im mittelfristigen Verlauf häufig revidieren (bei ADHS unter anderem aufgrund von Langzeitnebenwirkungen, über die im Internet spekuliert wird) und Auslassversuche ohne Mitteilung an den verschreibenden Arzt durchführen (Brinkman et al., 2009). Eine einmalige Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen der verordneten Medikamente wird von Kindern häufig nicht verstanden oder im Gedächtnis behalten. In einer eigenen kleinen Umfrage an dreißig Kindern zwischen sechs und elf Jahren zwei bis fünf Wochen nach Aufklärung und Ersteinnahme eines Stimulans wussten 40 % nicht, wie das Medikament heißt. Die meisten Kinder konnten nicht genauer erklären, warum sie dieses Medikament nehmen sollten (häufige Antworten waren »zur Beruhigung«, »damit ich nicht blöd tue«, »damit ich in der Schule lieb bin«). Etwa 30 % waren sich sicher, über Nebenwirkungen noch nie etwas gehört zu haben, aber (!) fast 90 % gaben an, das Medikament helfe ihnen, und ebenfalls etwa 90 % wollten das Medikament weiter nehmen. Vielleicht muss man diese Ergebnisse bei Kindern mit ADHS in diesem Alter so erwarten. Nun gelten Kinder nicht als einsichts- und entscheidungsfähig bezüglich Medikamentenwahl und -einnahme, daher müssen Eltern (schriftlich) einwilligen. Dennoch spielen Missverständnisse und Fantasien der Kinder über Wirkungen und Nebenwirkungen von Stimulanzien oder anderen Psychopharmaka eine große Rolle für die Adhärenz im Verlauf. Bei ADHS ist beispielsweise die Adhärenz zu Stimulanzien mit 85 % im Kurzzeitverlauf hoch (Gau et al., 2008; Faraone, Biedermann u. Zimmerman, 2007), im Langzeitverlauf im amerikanischen Sprachraum jedoch sehr niedrig (15–25 %; Perwien, Hall, Swensen u. Swindle,

2004). Entsprechend sollten Kinder (und Eltern) im Verlauf immer wieder nach Wirkungen und Nebenwirkungen gefragt werden und Bedenken ernst genommen werden. Hilfreich ist es, bei Vorliegen mehrerer Nebenwirkungen die Patienten eine subjektive Beeinträchtigungshierarchie darstellen zu lassen. Dies kann bei Kindern gut mit Smileys, bei Jugendlichen mit 1-Item-Likert-Skalen oder visuellen Analogskalen durchgeführt werden. Nicht selten ist die dem Behandler relevant erscheinende Nebenwirkung gar nicht die, die den Patienten am meisten beeinträchtigt (Schimmelmann et al., 2005). Zusammenfassend sind ausgewählte Fertigkeiten zum Thema Einstellungen und Adhärenz in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3:** Fertigkeiten bezüglich Patienten- (Eltern-) Einstellungen und Adhärenz

<b>Einstellungen und Adhärenz</b>
<p><i>Vor Beginn einer Psychopharmakotherapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gute Aufklärung vor Psychopharmakagabe (Wirkungen, Nebenwirkungen, Alternativen, Vorgehen bei der Aufdosierung etc.)</li> <li>- Erfragen und Diskutieren von Einstellungen (Patient und Eltern) gegenüber Psychopharmakon, Psychotherapie und deren Wechselwirkungen</li> </ul>
<p><i>Nach Beginn einer Psychopharmakotherapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gutes Monitoring von Wirkungen und Nebenwirkungen objektiv und subjektiv</li> <li>- Gutes Monitoring von Einstellungsänderungen</li> <li>- Gutes Monitoring erlebter Wechselwirkungen zwischen Psychopharmakotherapie und Psychotherapie aus Patienten- und Elternsicht</li> <li>- Einnahmeregelmäßigkeit in Kenntnis der hohen Non-Adhärenz-Rate »fehlerfreundlich« erfragen</li> <li>- Pflege der Arzt-Patient-Beziehung und der Reflexion zwischen Psychotherapeut und verschreibendem Arzt kann die Adhärenz erhöhen</li> </ul>

## Einige häufige Fehler in der Psychopharmakotherapie

Im Folgenden stelle ich einige klassische Fehler in der Psychopharmakotherapie mit Stimulanzien, Antidepressiva oder Antipsychotika dar, die vom Psychopharmakologen oder vom Psychotherapeu-

peuten gemacht werden können und mir regelmäßig im klinischen Alltag begegnen.

## Stimulanzen

Hier kann bereits die Diagnostik schwierig sein. Es gibt keinen ADHS-Test, neuropsychologische Testergebnisse sind hilfreich, aber nicht pathognomonisch für ADHS. Mit anderen Worten, ein Kind kann nach Diagnosekriterien ADHS haben, neuropsychologisch aber völlig unauffällig sein und umgekehrt (Nigg, Willcutt, Doyle u. Sonuga-Barke, 2005). Bei der klinischen Diagnostik mit Eltern, Kind und Lehrern trifft man nicht selten auf vorgefasste und teils ideologische Meinungen, ob dieses Kind Stimulanzen brauche oder nicht; entsprechend schwerwiegend oder weniger schwerwiegend können Symptome beschrieben werden. Einzig die detaillierte Exploration von diversen Lebenssituationen des Kindes (beispielsweise Mahlzeiten, Einzelbeschäftigung, Fernsehen, Familienausflüge, Hausaufgaben etc.) – und dies möglichst mit mehreren Bezugspersonen (Eltern, Lehrer) – ermöglicht eine Diagnose. In dieser Situation diagnostischer Unschärfe haben auch ideologische Einstellungen von Psychopharmakologen und Psychotherapeuten leichtes Spiel und komplizieren die rationale Indikationsstellung.

Hat man sich für ein Stimulans entschieden, kommt es immer wieder vor, dass die Notwendigkeit von Monitoring (von Wirkungen, Nebenwirkungen in den verschiedenen Lebenssituationen sowie subjektiver Verträglichkeit) sowohl von den Eltern als auch bedauerlicherweise gelegentlich vom verschreibenden Arzt nicht ernst genommen wird. Die Folge sind unbemerkte Unter- oder Überdosierungen mit fehlender Wirksamkeit oder Nebenwirkungen. Es ist immer noch häufig, dass Eltern in einer akuten Situation nach diversen Vorbehandlungen in die Praxis kommen und Stimulanzen für unwirksam erklären, weil die Vortherapien von Eltern- oder Therapeutenseite nicht lege artis durchgeführt wurden. Für den Psychotherapeuten ist es wichtig zu wissen, dass Stimulanzen durch Verminderung der ADHS-Kernsymptome emotionale Probleme behandeln, sie aber auch verstärken können. Sollten also unter Stimulanzientherapie zunehmend Reizbarkeit, Weinerlichkeit oder Ängste auftreten, ist vor Initiierung einer Psychotherapie an die Dosisreduktion des Stimulans



zu denken! Gleiches gilt für Schlafstörungen, die teils mit Dosisreduktion oder sogar Umstellung auf ein Nicht-Stimulans (Atomoxetin), teils mit Dosiserhöhung (beispielsweise zusätzliche Stimulanzengabe am Nachmittag) behandelt werden müssen.

## Antidepressiva

Wann Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter einzusetzen sind, wird im klinischen Alltag recht unterschiedlich beurteilt. Berichte, Antidepressiva würden in klinisch relevantem Umfang Suizidalität hervorrufen, haben zu Verunsicherungen geführt. Diese sind jedoch mittels sorgfältiger Untersuchung der Situation durch Wissenschaftler großenteils entschärft worden (Devi, 2012; Gibbons, Brown, Hur u. Davis, 2012; Henry, Kisicki u. Varley, 2011). Interessanterweise haben in England diese Warnungen vor erhöhter Suizidalität zu einer bis heute andauernden Zurückhaltung geführt, Antidepressiva im Kindesalter einzusetzen (Wijlaars, Nazareth u. Petersen, 2012).

In der Praxis begegnet man sehr unterschiedlichen Grenzen bei nichtärztlichen und ärztlichen Psychotherapeuten, Depressionen mit einem Antidepressivum zu behandeln. Ideologische Ansichten und Unterteilungen in *begründete Depressionen* (im Sinne einer Anpassungsstörung an widrige Lebensumstände) und *endogene Depressionen*, die heute in den gängigen Diagnosemanualen nicht mehr vorgenommen wird, führen gelegentlich zu übermäßiger Skepsis gegenüber einer Antidepressiva-Behandlung. Nach Studienlage kann ein Antidepressivum zur Behandlung von mittelschweren und schweren Depressionen im Kindes- und Jugendalter unabhängig von deren Ursachen in Erwägung gezogen werden. Suizidgedanken und -absichten sollten unter der Behandlung regelmäßig abgefragt werden, ebenso die als Nebenwirkung beschriebenen Verhaltensaktivierungen oder Euphorie, die in der Regel mit Dosisreduktion und gelegentlich mit Umsetzen auf ein alternatives Antidepressivum gut zu steuern sind (Taurines, Gerlach, Warnke, Thome u. Wewetzer, 2011). Auch zur Behandlung von Angststörungen (in eher niedriger Dosierung) und Zwangsstörungen (häufig in deutlich höherer Dosierung) kommen Antidepressiva zum Einsatz. Zu beachten ist, dass es unter Antidepressiva gelegentlich zu sexuellen Funktionsstörungen oder aber zur Zunahme von sexuellem Antrieb kommt.

## Antipsychotika

Bei den Psychotherapeuten steht meiner Erfahrung nach Unsicherheit im Umgang mit psychotischen Patienten überhaupt und mit deren Ambivalenz gegenüber Antipsychotika im Kontext mit den Wechselwirkungen zwischen Psychotherapie und Psychopharmakologie im Vordergrund. Entsprechend taucht das Thema Medikamentenadhärenz bei diesen Patienten immer wieder auch in der Psychotherapie auf. Mit der Einnahme von Medikamenten sind für den Patienten häufig das Eingeständnis seines Krankseins und die Reaktivierung seines Traumas verbunden, die eigene Realitätswahrnehmung, Denkfähigkeit und seine ganze psychosoziale Funktionsfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft verloren zu haben. Zudem haben viele neuere Antipsychotika häufig relevante Nebenwirkungen. Sie können müde machen, zur Gewichtszunahme führen und sexuelle Funktionsstörungen hervorrufen. All dies beeinträchtigt Jugendliche immer wieder so stark, dass die Umgehung des Themas der antipsychotischen Behandlung in der Psychotherapie selten gelingt. Ich möchte jedoch dazu ermutigen, psychotische Patienten psychotherapeutisch zu behandeln. Wenn ein guter Kontakt zwischen Verschreibendem und Psychotherapeut besteht, kann die Psychotherapie sehr fruchtbar sein, auch wenn man als Psychotherapeut keine detaillierten Kenntnisse über Antipsychotika hat.

Ein weiteres potenzielles Problem betrifft die (off-label-)Antipsychotikagabe bei Patienten mit Verhaltensstörungen und ADHS mit Impulskontrollstörung. Diese können sehr effektiv wirken und bringen schnell Ruhe in eine eskalierte Situation. Nicht selten fehlt aber die Möglichkeit oder die Motivation von Eltern und Schule, bei Impulsdurchbrüchen des Kindes die Mühe auf sich zu nehmen, die Stimulanzientherapie anzupassen, wenn komorbid ADHS vorliegt. Mit anderen Worten, man wird die als Deeskalationsmedikation vorgesehenen Antipsychotika schwer wieder los, so dass trotz sehr optimistischer Literatur (Findling, 2008; Nevels, Dehon, Alexander u. Gontkovsky, 2010) aus meiner Sicht Vorsicht geboten ist. Ebenso problematisch ist eine lange antipsychotische Behandlung bei diffussem, aber nicht lege artis abgeklärtem Psychoseverdacht. Jugendliche, die als *präpsychotisch* oder *prodromal* bezeichnet werden, sollten in darauf spezialisierten Früherkennungszentren untersucht werden.

Diese würden – wenn überhaupt – eine gut begründete kurz andauernde Antipsychotikatherapie empfehlen (Ruhrmann et al., 2012).

## **Abschlussgedanken zur Integration von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie**

Ich möchte zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ermuntern, die auch Psychopharmaka benötigen. Es ist nicht leicht, für diese häufig schwer kranken Patienten Therapieplätze zu finden, unter anderem aufgrund der gelegentlichen Scheu von Psychotherapeuten bestimmten Diagnosen und Psychopharmaka (und ihren Verschreibern) gegenüber. Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind wir jedoch systemisches Denken und Arbeiten unabhängig von der Therapieausbildung gewöhnt. Psychopharmaka und ihr verschreibender Arzt sind in diesem Kontext weitere »Mitspieler« im vernetzten Leben eines Kindes.

Je nach Fall und Therapieform kann man sich als ärztlicher Psychotherapeut entscheiden, Psychotherapie und Psychopharmakotherapie zu integrieren. In diesem Fall sollte man den Aufwand betreiben, die möglichen Wechselwirkungen zu reflektieren. Alternativ können Psychotherapie und Psychopharmakotherapie getrennt werden. Mit beiden Möglichkeiten habe ich persönlich sehr gute Erfahrungen gemacht. Verschreibende Ärzte (unter anderen Kinder- und Jugendpsychiater) sind aufgefordert, die Kommunikation zu psychologischen Psychotherapeuten in ihrer Region zu pflegen. Die Vermittlung von Basiswissen bezüglich Psychopharmakotherapie ist sinnvoll und kann Ängste nehmen. Die fallbezogene Reflexion vor und im Verlauf einer Doppelbehandlung über Wechselwirkungen zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie ist jedoch die wichtigste Voraussetzung für eine gelungene Behandlung.

## Literatur

- Barkhof, E., Meijer, C. J., de Sonnevile, L. M., Linszen, D. H., Haan, L. de (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *European Psychiatry*, 27/1, 9–18.
- Brinkman, W. B., Sherman, S. N., Zmitrovich, A. R., Visscher, M. O., Crosby, L. E., Phelan, K. J., Donovan, E. F. (2009). Parental angst making and revisiting decisions about treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 124/2, 580–589.
- Devi, S. (2012). Antidepressant-suicide link in children questioned. *Lancet* 3/379 (9818), 791.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Zimmerman, B. (2007). An analysis of patient adherence to treatment during a 1-year, open-label study of OROS methylphenidate in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11/2, 157–166.
- Findling, R. L. (2008). Atypical antipsychotic treatment of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 Suppl. 4, 9–14.
- Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Gau, S. S., Chen, S. J., Chou, W. J., Cheng, H., Tang, C. S., Chang, H. L., Tzang, R. F., Wu, Y. Y., Huang, Y. F., Chou, M. C., Liang, H. Y., Hsu, Y. C., Lu, H. H., Huang, Y. S. (2008). National survey of adherence, efficacy, and side effects of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69/1, 131–140.
- Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Davis, J. M., Mann, J. J. (2011). Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: Reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry* doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048.
- Henry, A., Kisicki, M. D., Varley, C. (2011). Efficacy and safety of antidepressant drug treatment in children and adolescents. *Molecular Psychiatry* doi:10.1038/mp.2011.150.
- McLeod, J. D., Pescosolido, B. A., Takeuchi, D. T., White, T. F. (2004). Public attitudes toward the use of psychiatric medications for children. *Journal of Health and Social Behavior*, 45/1, 53–67.
- Nevels, R. M., Dehon, E. E., Alexander, K., Gontkovsky, S. T. (2010). Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18/2, 184–201.
- Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuro-psychologically impaired subtypes? *Biological Psychiatry* 57/11, 1224–1230.

- Perwien, A., Hall, J., Swensen, A., Swindle, R. (2004). Stimulant treatment patterns and compliance in children and adults with newly treated attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 10/2, 122–129.
- Ruhrmann, S., Klosterkötter, J., Bodatsch, M., Bechdolf, A., Schimmelmann, B. G., Nikolaides, A., Hilboll, D., Schultze-Lutter, F. (2012). Pharmacological prevention and treatment in clinical at-risk states for psychosis. *Current Pharmaceutical Design* 18/4, 550–557.
- Schimmelmann, B. G., Paulus, S., Schacht, M., Tilgner, C., Schulte-Markwort, M., Lambert, M. (2005). Subjective distress related to side effects and subjective well-being in first admitted adolescents with early-onset psychosis treated with atypical antipsychotics. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15/2, 249–258.
- Taurines, R., Gerlach, M., Warnke, A., Thome, J., Wewetzer, C. (2011). Pharmacotherapy in depressed children and adolescents. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12 Suppl. 1, 11–5.
- Wijlaars, L. P., Nazareth, I., Petersen, I. (2012). Trends in depression and antidepressant prescribing in children and adolescents: A cohort study in the health Improvement network (THIN). *PLoS One* 7/3, e33181.