

Uwe Wegener

MEDIKAMENTE – EINE WICHTIGE SÄULE BEI DER BEHANDLUNG BIPOLARER STÖRUNGEN ?

DGPPN-TRIALOGFORUM: PSYCHOPHARMAKA – FLUCH ODER
SEGEN – AM BEISPIEL DER BIPOLAREN STÖRUNG



Och ne, nicht schon wieder über Medikamente reden. Kaum kommt eine Neue in die Selbsthilfegruppe, da steht das Thema wieder im Mittelpunkt: Welche Medikamente nimmst du? Welche Nebenwirkungen hast du? Und sogar wenn keine Neue da ist, kommt das Thema immer wieder auf. Dann muss ich wieder dran erinnern: Die Wirkung der Medikamente ist individuell. Der Einen hilft Medikament A, dem anderen nicht. Und genauso ist das mit den unerwünschten Wirkungen: Ob solche auftreten, und falls, welche das sind, das ist höchstindividuell. Obwohl, wenn ich mich in der Selbsthilfegruppe umschaue: Fast jede und fast jeder hat den typischen Medikamenten-Kugelbauch. Oder ist so wie ich, ganz aus dem Leim gegangen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, dass ich heute bei Ihnen sein darf und in diesem Triialogischen Symposium als Mensch mit einer Disposition zu Manien und Depressionen über die Bedeutung der Pharmakotherapie sprechen und mit Ihnen diskutieren darf.

Es ist so unglaublich erleichternd, aus einer Depression wieder in das Leben zurück zu kehren. Und nach einer Manie wieder auf den Boden der Tatsachen zurück zu kehren. Obwohl, das Letzte führt ja eher zu einer Ernüchterung, oft auch in eine nachfolgende Depression.

Und das Leben wird so viel einfacher ohne ständige unkontrollierte Schwankungen, sowohl für den betroffenen Menschen als auch für seine Angehörigen. Das Leben wird

bipolaris
Manie & Depression Selbsthilfevereinigung
Berlin-Brandenburg e. V.

Uwe Wegener hat seit seiner Jugend Erfahrungen mit Hypomanien und Depressionen und hat diverse Psychopharmaka versucht. Er ist Vorsitzender von bipolaris e. V.

Dieser Vortrag wurde am 28.11.2013 in einem Symposium im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e. V.) www.dgppn.de gehalten.

Kontakt:
bipolaris – Manie & Depression
Selbsthilfevereinigung
Berlin-Brandenburg e. V.

Jeverstr. 9
12157 Berlin

bipolaris@bipolaris.de
www.bipolaris.de

Copyright © 2013 bei bipolaris –
Manie & Depression Selbst-
hilfevereinigung Berlin-
Brandenburg e. V.

*Vervielfältigung im Ganzen oder in
Teilen ist ohne ausdrückliche
Genehmigung von bipolaris e. V. in
jeglicher Form auf jedem Medium
verboten.*

planbarer, die Angst vor dem Leid der Depression und der Irrealität der Manien mit all ihren Folgen wird geringer.

Medikamente können helfen, diesen Zustand zu erreichen.

Allerdings ist für die meisten von uns das Finden der richtigen Medikation ein langer, leidvoller Weg. Ausprobieren, feststellen, ob es hilft, oft erst nach Monaten. Wird die dauernde Müdigkeit nach einiger Zeit weggehen? Hilft mir das Medikament überhaupt? Oder wäre ich auch ohne Medikamente stabil?

Einige Nebenwirkungen treten oft erst nach Jahren auf, so z. B. Spätdyskinesien, Diabetes, Herzrhythmusstörungen, Leber- und Nierenversagen.

Bei anderen Symptomen, z. B. eine verringerte Konzentrationsfähigkeit, frage ich mich, woran das liegt: Ist es eine Sub-depression, das Alter, kognitive Einschränkungen durch die Medikamente oder die Erkrankung selbst?

Leider kann man mit sich selbst keine Experimente machen: Als erstes alle anderen Parameter festhalten, dann die Medikamente einige Zeit nehmen, als nächstes einige Zeit nichts nehmen und schauen, was passiert: Habe ich mit Medikamenten wirklich weniger Phasen? Wir sind also auf Studien angewiesen.



STUDIENLAGE

Zur Qualität der Studienlage darf ich aus der [S3-Leitlinie Bipolare Störungen 2012 v1.7](http://www.leitlinie-bipolar.de/downloads/) (<http://www.leitlinie-bipolar.de/downloads/>) zitieren:

Die Abwägung von Nutzen und Risiken einer Intervention stellte oft eine Herausforderung dar. [...] In den meisten klinischen Studien werden keine Hypothesen zu potentiellen Schäden oder unerwünschten Ereignissen aufgestellt, und diese werden auch nicht in primären Endpunkten untersucht. Sowohl die Erfassung als auch die Publikationsqualität ist hier häufig unzureichend [...] Qualitativ hochwertige kontrollierte Beobachtungsstudien mit einer ausreichend langen Laufzeit, die eine Erfassung ermöglichen und zudem eine bessere Generalisierbarkeit der Ergebnisse bieten würden, fehlten zu allen Fragestellungen. Register sind (wenn überhaupt vorhanden) freiwillig und keineswegs vollständig. [...]

Turner und andere zeigten für 12 Antidepressiva, dass die Effektstärken deutlich geringer eingeschätzt wurden, wenn alle (und nicht nur die publizierten) Studienergebnisse berücksichtigt wurden (Turner, 2008 [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa065779#Results>]).

S3 Leitlinie Bipolare Störungen, Leitlinie, S. 30

Bei großen Fallzahlen können bereits kleinere Effektstärken, die nicht als klinisch relevant angesehen werden, als signifikanter Gruppenunterschied imponieren (unabhängig von der Frage, ob der individuelle Endpunkt von den Betroffenen als relevant empfunden wird.

S3 Leitlinie Bipolare Störungen, Leitlinie, S. 30

Eine [Metaanalyse des US-Psychologen und Pharmaka-Kritikers Professor Irving Kirsch](http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050045) [<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050045>] sorgte 2008 für Furore: Antidepressiva, so sein Ergebnis, sind kaum wirksamer als Placebo, allenfalls bei schweren Depressionen. [[Artikel dazu im Ärzteblatt](#)]

Im Gegenzug wurde im Juni 2012 eine weitere Meta-Studie „[Benefits From Antidepressants](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1151020)“ veröffentlicht. In dieser Studie von Robert D. Gibbons, University of Chicago und anderen, wurde die Wirksamkeit der Antidepressiva Fluoxetin and Venlafaxin gegen Placebo untersucht.

Die Deutsche Ärztezeitung stellte sie unter dem Titel „[Antidepressiva sind besser als ihr Ruf](#)“ vor.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit des Antidepressivums wurde dabei mit der Hamilton Skala gemessen. Wenn man 10 Punkte dort hat, ist man leicht depressiv, mit 20 Punkten mittelgradig depressiv, mit 30 schwer depressiv. Wirksamkeit im Rahmen der Studie hieß, dass der Wert um mindestens 3 Punkte innerhalb von 6 Wochen gesenkt wurde. Schon das ist eine fragwürdige Definition, denn wie viel Lebensqualität bringt es mir wirklich, wenn ich z. B. nur noch 32 statt 35 Punkte habe? Schwer depressiv bin ich weiterhin.

Ergebnis der Studie: im Schnitt mussten 5 depressive Patienten behandelt werden, damit einer überhaupt diese aus meiner Sicht nur leichte Verbesserung von 3 Punkten mehr erfuhr, als wenn er eine Zuckerpille geschluckt hätte.

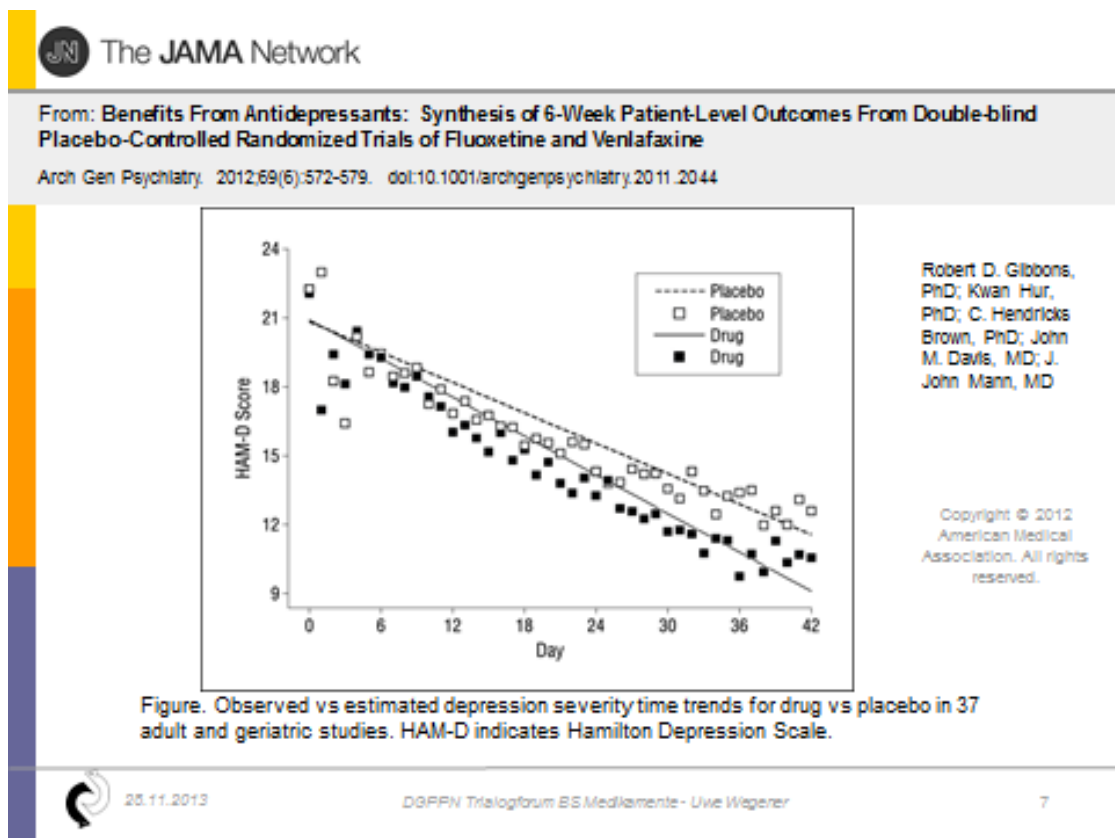
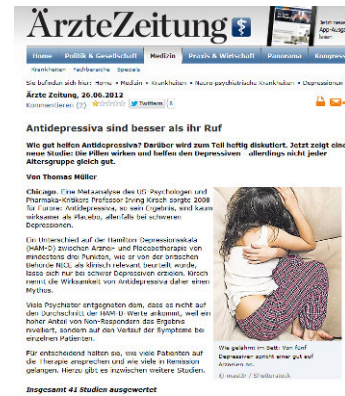


Figure. Observed vs estimated depression severity time trends for drug vs placebo in 37 adult and geriatric studies. HAM-D indicates Hamilton Depression Scale.

Dabei ist nicht berücksichtigt, dass viele Primär-Studien, die noch weniger Wirksamkeit zeigen, gar nicht erst veröffentlicht worden sind. Und dies muss noch gegen die weiteren häufigen unerwünschten Wirkungen, wie z. B. Gewichtszunahme oder Libidoverlust gegen gerechnet werden.

Auch kann ich nicht auf die fast immer kurze Studiendauer von 6 Wochen bis wenigen Monaten eingehen, obwohl wir die Medikamente oft jahrelang bis lebenslang nehmen sollen; auf die Definition von Studienzielen, die für die Anwender kaum wichtig sind; ebenso nicht auf die Finanzierung der Studien durch die Hersteller und die sehr oft mangelnde Qualität der Studien.

Ähnliche Ergebnisse lassen sich für andere Medikamentengruppen finden, leider fehlt mir im Rahmen dieses Vortrages die Zeit, dies auszuführen.

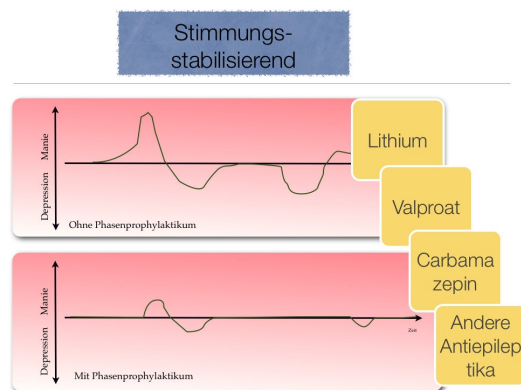
Dies soll kein Medikamentenbashing sein, sondern auf die Schwierigkeiten hinweisen, die sowohl die Ärztin als auch der betroffene Mensch haben, substantielle, überprüfbare und nicht-interessengeleitete Aussagen zur Wirksamkeit von Medikamenten zu finden.

PHASENPROPHYLAXE

Es gibt Bereiche, in denen Medikamente einen deutlichen und schnell sichtbaren Erfolg haben, so z. B. die Antibiotikatherapie. Diese Hoffnung wird von Medizinerinnen, Betroffenen und Angehörigen auf Psychopharmaka übertragen.

So beschreibt die S3-Leitlinie Bipolare Störung das Ziel einer Phasenprophylaxe folgendermaßen:

*Eine ideale Phasenprophylaxe führt zu einer völligen Freiheit von depressiven, manischen und gemischten Episoden, zu allenfalls minimaler interepisodischer Symptomatik und zum Erhalt einer unbeeinträchtigten Teilhabe am Leben (übergeordnetes Therapieziel).
(S3 Leitlinie BS, S. 232).*



Bedauerlicherweise wird dieses Ziel nur bei einem Teil der Betroffenen erreicht. Ich kenne leider keine Studie die sagt, wie hoch dieser Anteil ist. Aber ich kenne viele Menschen, die dieses Ziel nicht erreichen.

Oft gibt es dann eine schwere Enttäuschung: Ich nehme Medikamente ein und im Gewicht zu, aber ich erleide schon wieder eine Phase.

Die enttäuschte Heilserwartung kann dann zu einer grundsätzlichen Ablehnung führen, es werden keinerlei Psychotherapeutika mehr genommen.

Die meisten aber begeben sich schließlich auf eine Odyssee: Das Medikament wird gewechselt und eine neue Aufdosierung und Wartezeit beginnen; oder es wird ein Zusatzmedikament eingenommen, das Schwanken hört nicht auf, dann noch ein Medikament und noch eins ... ich kenne Leute, die nehmen 3 Stimmungsstabilisierer, noch zwei Antidepressiva und schließlich einige Medikamente gegen die Nebenwirkungen der anderen Medikamente. Die Polypharmazie ist in unserem Bereich leider sehr verbreitet, obwohl keinerlei Untersuchungen existieren, die diese Medikamentenkombinationen rechtfertigen würden.

Bringt die Medikation nun keine dauerhafte Remission, dann bleibt die Hoffnung, dass die Phasenprophylaktika Manien und Depressionen seltener, kürzer und schwächer ausgeprägt werden lassen sowie dass es uns zwischen den Phasen besser geht.

Ob wenigstens diese Ziele erreicht werden, ist für den einzelnen meist nicht leicht zu beantworten.

Wie gesagt, die Möglichkeit für Selbstexperimente ist gering.

GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Das gemeinsame Suchen nach dem optimalen Medikament und der optimalen Dosierung zusammen mit der Ärztin ist ein gegenseitiger Lernprozess, die Ärztin muss mich kennenlernen und ich muss die Wirkung der Medikamente kennen lernen. Das ist wohl ein Vorteil unserer Erkrankung: Wir haben oftmals so viele Phasen, dass wir genug Material zum lernen und üben haben ...

So haben auch manche von uns gelernt, die Medikation in einem gewissen Rahmen flexibel zu halten und der Stimmungslage bzw. den Umständen anzupassen. Sie haben sie eine gewisse Bandbreite in der Dosierung z. B. ihres Neuroleptikums mit ihrem Arzt vereinbart oder auch die selbstverantwortliche Einnahme von Bedarfsmedikation.

Ein guter Arzt fragt nach den Befürchtungen und Vorbehalten des Patienten und nimmt sie ernst. Gemeinsame Entscheidungsfindung führt nicht nur zu größerer Adhärenz, sondern ist auch ein Menschenrecht.

Die medikamentöse Zwangsbehandlung dagegen stellt einen schweren Eingriff in die Autonomie des Betroffenen dar, und es ist fraglich, ob die in diesem Jahr im Eilverfahren erlassenen Regelungen vor dem Hintergrund der UN-BRK Bestand haben werden.

WELCHEN STELLENWERT HAT DIE PHARMAKOTHERAPIE NUN FÜR MICH?

Sie merken, ich bin zwiespältig. Medikamente sind sowohl Fluch als auch Segen.

Die Pharmakotherapie ist oftmals ein wesentlicher Baustein in der Unterstützung von Menschen mit der Disposition zu Manien und Depressionen. Für viele ist dieser Baustein unverzichtbar.

Für Ärzte sowie solche unmittelbar und mittelbar betroffenen Menschen, die die Bipolare Störung hauptsächlich als somatisches Problem sehen, als Folge eines fehlerhaften Hirnstoffwechsels, für den sind Medikamente die einzige oder zumindest die erste Wahl.

Betrachtet man jedoch die Disposition zu Manien und Depressionen als etwas, was vielfältige Ursachen hat sowie in gewissem Maße in jedem Menschen angelegt ist und toleriert, dass die Bandbreite menschlichen Verhalten nun mal groß ist, das Krisen zum menschlichen Leben gehören, dann können Medikamente einer von vielen Bausteinen sein, um Leiden zu vermeiden, dass mit unkontrollierten Manien und Depressionen einhergeht.

Wenn wir uns die Reihe berühmter Menschen anschauen, die Manien und Depressionen hatten, so ist ihr Umgang mit Medikamenten sehr unterschiedlich: Einige verzichteten bewusst darauf, da sie sich sonst zu sehr in ihrer Kreativität eingeschränkt fühlten; andere wiederum sagten, erst durch die Einnahme von Medikamenten waren sie wieder sie selbst geworden und überhaupt erst in der Lage, Bedeutames zu schaffen.

Ich selber denke pragmatisch, ich lebe im Hier und Jetzt, ich nehme bewusst Medikamente, weil sie mir gut tun und mir Stabilität ermöglichen. Nach längerer Suche habe ich eine Medikation gefunden, die mein Wohlergehen unterstützt und mit deren aktuellen unerwünschten Wirkungen ich leben kann. Ich kenne die Risiken, habe mich aber bewusst für ein Wohlbefinden im Jetzt entschieden. Um eventuellen somatischen Folgeerkrankungen vorzubeugen, gehe ich offensiv auf meine Ärztin zu und fordere z.B.

regelmäßige Blutkontrollen ein. Dazu ist nicht jeder Betroffene in der Lage. Der Psychiater darf das auch im stressigen Arbeitsalltag nicht aus dem Auge verlieren.

Wie auch immer, für mich lautet das Ziel: Es ist wichtig, dass es mir gut geht. Das mein soziales Umfeld intakt bleibt. Dass ich die Möglichkeit zur Teilhabe in allen Bereichen der Gesellschaft habe.

Der Weg dahin ist genau so individuell wie die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente. Die meisten Betroffenen machen aber die Erfahrung, dass es nicht nur die Medikamente sind, die zum Ziel führen, sondern erst die Kombination mit anderen Bausteinen zur gewünschten Stabilität und Symptomreduktion führt.

Solche anderen Elemente sind vor allem eine gute Psychotherapie, die Elemente der Psychoedukation einschließt, sowie Veränderungen im Lebensmanagement und nicht zuletzt die Hilfe zur Selbsthilfe, z.B. in Selbsthilfegruppen.

Hier einmal meine persönlichen Bausteine auf dem langen Weg zu einem stabileren und besseren Leben.



ZUSAMMENFASSUNG

Die Zusammenfassung meines Vortrages lautet:

- Ziel einer jeglichen Unterstützung und Begleitung ist es, einen individuellen Weg zum Wohlergehen des Menschen mit der Disposition zu Manien und Depressionen und seines Umfeldes zu finden
- Medikamente können dabei ein wesentlicher Baustein in der Unterstützung sein.
- Der Grad ihrer Wirksamkeit ist nicht vergleichbar zum Beispiel mit Antibiotika
- Selbst im medizinischen Sinne gut ausgeführte Studien sind oft nicht relevant für den Alltag der betroffenen Menschen
- Die S3-Leitlinie geht größtenteils offen mit diesen Schwächen um und führt zu praktischen Handlungsanweisungen auf Grundlage des bisherigen medizinischen Wissens
- Die praktische ärztliche Behandlung ist oft nicht von wissenschaftlichen Erkenntnissen oder Leitlinien geprägt
- Das Finden einer adäquaten Medikation ist schwierig und für die Betroffenen oftmals frustrierend
- Ein erheblicher Teil der Betroffenen erreicht das Ziel einer fast vollständigen Symptomlosigkeit durch Medikamente nicht

FORDERUNGEN

Daraus ergeben sich für mich folgende Forderungen:

- Offenheit und Transparenz im Umgang mit dem doch geringem gesicherten Wissen, sowohl im wissenschaftlichen Betrieb als auch in der Arzt-Patienten-Beziehung
- Langfristige, unabhängige und qualitativ hochwertige Studien mit Patientenrelevanten Zielen
- Ständiges Hinterfragen von Nutzen und Risiko gemeinsam mit dem betroffenen Menschen und seinen Angehörigen, d. h. eine gemeinsame Entscheidungsfindung
- Dosisanpassung nach Klinikaufenthalten und längeren Zeiträumen, „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“
- **Wesentliches Ziel muss das Wohlergehen der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes sein sowie ihre gleichberechtigte Teilhabe in allen Bereichen der Gesellschaft**
- Dazu gehören viele weitere Bausteine der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit der Disposition zu Manien und Depressionen