

## Empowerment und Psychopharmaka

Die Empowerment-Förderung und die gleichzeitige Einnahme von Psychopharmaka ist kein Widerspruch. Medikamente sind für viele Betroffene eine wichtige Möglichkeit der aktiven Einflussnahme auf ihre Erkrankung. In vielen Fällen ermöglichen sie erst weiter gehende Selbsthilfe und Selbstbestimmung. Und doch wurde die Bedeutung der Medikation in den letzten Jahrzehnten überschätzt. So wird es verständlich, dass die Medikamenteneinnahme und Empowerment manchmal fast schon als Gegensätze betrachtet werden.

Die Diskussion über Psychopharmaka, speziell über Neuroleptika, wird ausgesprochen ideologisch geführt: Sind Medikamente Teufelszeug oder ein Segen? Durch diese polemische und polarisierte Auseinandersetzung werden wichtige Details der Verordnungspraxis und des Umgangs mit Medikamenten zu wenig wahrgenommen. Sie aber sind gerade unter dem Blickwinkel von Empowerment sehr wichtig: Wie muss mit Medikamenten umgegangen werden, damit die Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten betroffener Menschen nicht behindert, sondern im Idealfall noch gefördert werden? Medikamente sind nicht »an sich« gut oder schlecht. Es geht darum, wie sie verordnet und eingesetzt werden und welche Erwartungen Betroffene mit ihnen verbinden.

**SELBSTREFLEXION** → Wenn ich selbst psychotisch würde, möchte ich dann mit Medikamenten behandelt werden? Welche Medikamente würde ich akzeptieren, welche nicht? Wie wichtig wäre mir persönlich mein Recht auf Selbstbestimmung bei der Medikation?

Bei einer Befragung von hundert Professionellen lehnten 30 Prozent die Einnahme von Neuroleptika für den Fall ab, dass sie selbst psychotisch würden (AMERING u. a. 1999).

## Psychopharmaka und Selbsthilfe

Sehr lange hat die klassische Psychiatrie einseitig auf eine medikamentöse Unterstützung gesetzt, anstatt auch die Selbsthilfefähigkeiten betroffener Menschen zu fördern. Vielerorts geschieht das auch heute noch. So wird in kaum einer psychiatrischen Klinik ein erstmalig an einer Psychose erkrankter Mensch ohne Neuroleptika entlassen. Viele erkrankte Psychosepatienten verlassen die Klinik jedoch, ohne dass mit ihnen zuvor Selbsthilfemöglichkeiten erarbeitet wurden. Eine wissenschaftliche Begründung für diese doch absurde Behandlungsstrategie ist weit und breit nicht in Sicht.

Medikamenteneinnahme und Selbsthilfe sind kein Gegensatzpaar, sondern in den meisten Fällen eine wichtige Ergänzung. Das gelingt jedoch nur, wenn mit Medikamenten so umgegangen wird, dass Selbsthilfe möglich bleibt. Dazu gehört beispielsweise, dass Betroffenen der symptomreduzierende bzw. krisenvermeidende Effekt von Psychopharmaka realistisch vermittelt wird. Psychopharmaka beseitigen keine psychosozialen Schwierigkeiten und bieten keine Garantie für Symptomreduktion oder Krisenprophylaxe. Sie sind jedoch für viele Betroffene ein wichtiges Hilfsmittel und sollten durch andere Unterstützungsformen wie Selbsthilfe oder Psychotherapie ergänzt werden.

Die gewählte Medikationsstrategie kann das Erproben und Nutzen von Selbsthilfestrategien fördern oder behindern. So kann eine Hochdosierung dazu führen, dass auch alltägliche, aus dem psychosozialen Kontext erklärliche Befindlichkeitsstörungen nicht mehr wahrnehmbar sind. Die Wahrnehmung von solchen Veränderungen ist jedoch notwendig, um einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten, äußeren Bedingungen und dem persönlichen Befinden herzustellen (»Wenn ich entspannter bin, beziehe ich die Dinge nicht so schnell auf mich. Also ist es gut, wenn ich mehr für meine Entspannung tue«).

Die klassische Medikationspraxis zielt oft darauf ab, durch hohe Medikamentendosierungen einen möglichst hohen Schutz vor weiteren psycho-

tischen Krisen zu gewährleisten. Wissenschaftlich belegen lässt sich diese Praxis nicht (ADERHOLD 2006). Zudem wünschen viele Betroffene, dass unangenehme psychotische Symptome möglichst vollständig verschwinden sollten. Oftmals wird von professioneller Seite suggeriert, dass eine Medikation auch ohne weitere Hilfsmöglichkeiten eine hinreichende Behandlungsstrategie sei. Längerfristig führt dies zu einer »Abhängigkeit« von Medikamenten, das heißt, dieser Zustand ist nur mit Medikamenten aufrechtzuerhalten. Formen der Selbsthilfe können nicht erprobt und genutzt werden. Das hat verschiedene negative Folgen:

- ❑ Das Selbstwertgefühl und das Gefühl von Selbstwirksamkeit sinken, da sich Betroffene als hilflos und abhängig von der Medikation erleben.
- ❑ Beim Absetzen der Medikamente besteht eine hohe Krisengefahr, da keine alternativen Schutzmöglichkeiten erarbeitet wurden.
- ❑ Die Betroffenen sind langfristig den Nebenwirkungen der Medikamente ausgesetzt.
- ❑ Das Absetzrisiko steigt, da sich die Betroffenen fälschlicherweise sicher fühlen (»Mir geht es doch gut«).

Eine selbsthilfeorientierte Medikationsstrategie wird Dosierungen wählen, die Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion weiterhin ermöglichen. Außerdem wird dem Betroffenen, falls er dies wünscht, Einfluss auf die aktuelle Medikation gewährt. So lernt er, eigenes Befinden durch Verhaltensänderungen oder eine veränderte Medikation zu beeinflussen. Er behält ein hohes Maß an Kontrollgefühl und oftmals können so auch niedrige Dosierungen oder eine nur zeitweilige Medikation erreicht werden. Es können folgende Medikationsstrategien unterschieden werden:

**Standardmedikation:** Das Medikament wird als alleiniger Schutz vor weiteren Krisen betrachtet. Entsprechend hoch wird das Medikament oft dosiert, obwohl es keine objektiven Belege dafür gibt, dass höhere Dosierungen zu höherem Schutz führen.

**Niedrigmedikation:** Medikament und Eigenaktivität des Betroffenen bil-

den den Krisenschutz, entsprechend kann das Medikament eher niedrig dosiert werden.

**Intervallmedikation:** Nur vor und in kritischen Situationen wird ein Medikament eingesetzt. Intervallmedikation setzt voraus, dass der Betroffene seine Krisenmuster und seine Frühwarnzeichen gut kennt und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient besteht.

**Bedarfsmedikation:** Diese wird ohne nochmalige Absprache mit dem Arzt vom Betroffenen eigenständig genommen, sobald er bemerkt, dass die Unterstützung durch das Medikament für ihn hilfreich wäre. Das kann sowohl als alleinige Medikation als auch als Ergänzung zu einer Standard- bzw. Niedrigmedikation dienen.

Unter dem Blickwinkel der Selbsthilfeförderung ← **Depotmedikation**

sollte immer die Möglichkeit einer Niedrig-, Intervall- oder Bedarfsmedikation erwogen werden. Eine in Form von Spritzen verabreichte neuroleptische Medikation (Depotmedikamente) behindert häufig Möglichkeiten der Selbsthilfe und Selbstbestimmung. Betroffene haben dann über eine längere Zeit keine Möglichkeit mehr, auf die Dosierung Einfluss zu nehmen. Die Medikation bleibt relativ fremdbestimmt. Anstelle eines Aushandelns zwischen behandelndem Arzt und Patient tritt die Kontrolle. Gerade mit der verbesserten Kontrolle wirbt die Pharmaindustrie für diese Medikamente. Um auch gegen Ende des Wirkungszeitraums noch eine genügende Wirkung zu erreichen, wird eine überhöhte Dosis vor allem in den ersten Tagen in Kauf genommen. Damit sind aber für den Betroffenen oft massive Nebenwirkungen wie starke Müdigkeit und Antriebseinschränkungen verbunden. Allerdings gibt es auch Betroffene, die Depotinjektionen als den geringeren Eingriff in ihre Lebensqualität erleben als die oft mehrmals tägliche Einnahme von Tabletten.

**MERKE** → **Selbsthilfe und Medikamente sind kein Widerspruch. Eine einvernehmlich entwickelte Medikationsstrategie, möglichst im Niedrigdosisbereich, führt beim Betroffenen oft dazu, schrittweise Zusammenhänge zwischen Verhalten und Befinden wahrzunehmen.**

Es gibt verschiedene Gründe dafür, dass in der heutigen psychiatrischen Praxis sehr oft allein die Medikamente zur Krisenprophylaxe genutzt werden. So sind manche Ärzte nur unzureichend für die Förderung anderer Prophylaxeformen wie Selbsthilfe oder Psychotherapie qualifiziert. Auch die »Einflüsterungen« der Pharmaindustrie haben sicher ihre Wirkung. Ferner sind viele Ärzte der Meinung, dass weitere akute Krisen durch hohe Medikation vermieden werden könnten, auch wenn der Preis dafür hoch ist. Zahlreiche Studien zeigen jedoch, dass das gar nicht möglich ist. Selbst unter einem Depotneuroleptikum dekomensieren rund 20 Prozent der Betroffenen innerhalb eines Jahres (ADERHOLD 2006). Neuroleptika suggerieren also eine nicht vorhandene Sicherheit. Ein einseitiges Vertrauen auf sie kann sogar rückfallbegünstigend sein.

→ Motivation, Seiten 13, 35, 77f., 83

### **Information zu mehr Selbstbestimmung**

Betroffene Personen haben auch bei der Medikation ein Recht auf Selbstbestimmung, das heißt, sie können sich für oder gegen eine medikamentöse Unterstützung entscheiden. Dieses Recht ist gesetzlich nur in wenigen Ausnahmefällen mehr oder weniger stark eingeschränkt, etwa bei den unterschiedlichen gesetzlichen Unterbringungsmöglichkeiten. Und doch wird vielen Betroffenen dieses gesetzlich verbrieftete Recht im Alltag nicht zugestanden. Das gilt vor allem für Psychosepatienten. »Wenn's um die Pillen geht, hört in der Psychiatrie der Spaß auf«, so drückte einmal ein Betroffener seine Erfahrung aus, dass von psychiatrischer Seite Druck auf ihn ausgeübt wurde, die verordneten Medikamente zu nehmen.

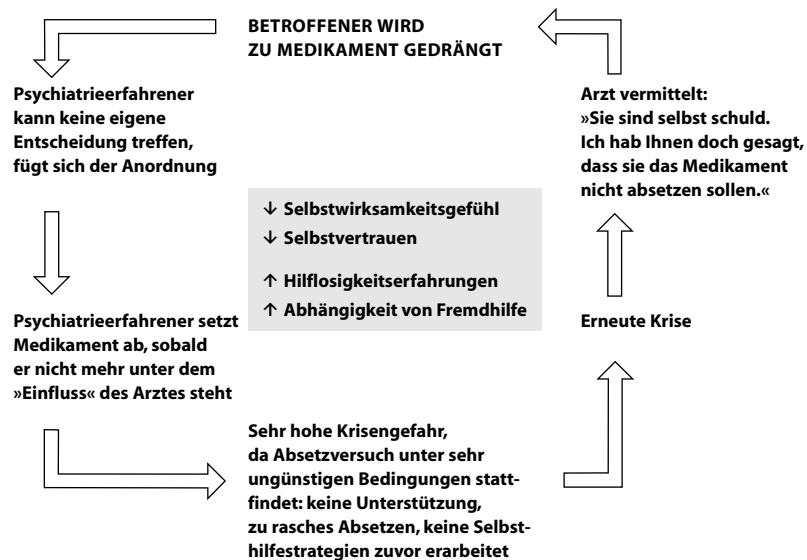
Häufig ist zu beobachten, dass Patienten auf subtile Weise unter Druck gesetzt werden, damit sie die Medikation akzeptieren: Im Rahmen der Aufklärung erhalten sie dann fast nur solche Informationen, die *für* eine Medikation sprechen. Ihnen wird vor Augen geführt, wie hoch ihre Rückfallgefahr ohne Medikamente wäre, und Informationen über alter-

native Behandlungsformen werden ihnen verwehrt, ganz besonders jene Informationen, die zur Ablehnung der Medikation führen könnten. Einige psychoedukative Programme erwecken eher den Eindruck einer Medikamentenschulung als einer umfassenden Information über unterschiedliche Behandlungsmethoden. → Informationsvermittlung, Seite 100

Ein Gespräch über die möglichen Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten ist jeweils dringend erforderlich, findet aber meistens nicht statt. Diese Beeinflussung führt häufig dazu, dass sich Patienten dem Druck beugen und die verordnete Medikation nehmen – jedenfalls solange sie in der Klinik sind. Spätestens zu Hause regen sich dann aber wieder die Zweifel. Unter Umständen versuchen sie diese Zweifel mit ihrem ambulant weiterbehandelnden Arzt zu besprechen, werden aber auch dort eher zur Medikation gedrängt. Die Patienten machen also die Erfahrung, dass sie mit ihrem Arzt nicht über ihre Zweifel bezüglich der Medikation sprechen können. Wenn ihre Zweifel jedoch zu stark werden, setzen sie daher die Medikamente ohne Rücksprache mit ihrem Arzt und ohne seine Unterstützung ab, häufig auch noch von einem auf den anderen Tag, also unter den denkbar schlechtesten Bedingungen. Das wiederum erhöht die Gefahr einer erneuten psychotischen Krise und einer abermaligen Klinikeinweisung.

Diese Dynamik bildet einen Teufelskreis: Der Druck von professioneller Seite bewirkt vordergründige und kurzfristige Anpassung, führt aber später zum Absetzen. Das Absetzen und die häufig daraus folgende erneute Krise wiederum erhöhen den Druck auf den Betroffenen, zukünftig auf jeden Fall das Medikament weiter einzunehmen. Möglicherweise werden ihm auch noch Schuldgefühle gemacht: »Ich hab Ihnen doch gesagt, dass Sie das Medikament weiter nehmen sollen. Sie sind selbst schuld, dass Sie jetzt wieder eine Krise haben.«

**ABBILDUNG 2** Teufelskreis »Gebot statt Angebot«



In diesem Teufelskreis wird Patienten das Recht auf Selbstbestimmung verwehrt. Stattdessen werden sie gedrängt, sich für eine von den Fachpersonen für sinnvoll gehaltene Wahl zu entscheiden, wodurch sie sich aber nicht selbst entscheiden, sondern sich lediglich anpassen. Viele Fachleute, die sich um die Selbstbestimmung ihrer Klienten bemühen, berichten, dass die allermeisten die Medikamente nicht ablehnen, sondern sich im Anschluss einer Aufklärung und Diskussion von sich aus für eine Medikation entscheiden. Durch die bewusste, eigene Entscheidung reduziert sich in der Folge die Gefahr ungünstiger Absetzversuche. Eine eigene Entscheidung ist aber nur auf Grund eigener Erfahrungen möglich. Wenn ein ersterkrankter Psychosepatient seine Medikamente absetzt, ist das eine vollkommen normale und auch sinnhafte Verhaltensweise: Er versucht Erfahrungen mit dem Medikament zu sammeln und zu erproben, wie es ihm ohne ergeht. Patienten mit anderen Erkrankungen machen

das ganz genauso. Wer von seinem Arzt gesagt bekommt, er müsse auf Grund seines Diabetes eine bestimmte Diät einhalten, wird sich auch nicht sofort daran halten. Erfahrungen mit Medikamenten können Betroffene beispielsweise durch so genannte gestützte Absetzversuche machen.

**MERKE** → Eine eigene Entscheidung kann der Patient nur dann treffen, wenn er nicht einseitig zu einer Wahl gedrängt wird. Durch Druck wird Anpassungsbereitschaft oder Reaktanz gefördert, nicht aber Empowerment. Patienten, die sich nicht selbst für Medikamente entschieden haben, sondern nur den Empfehlungen des Arztes gefolgt sind, setzen die Medikamente ohnehin oft wieder ab.

**BEISPIEL** → In der Visite berichtet Frau Ell, die erstmals an einer Psychose erkrankt ist, dass sie große Zweifel bezüglich einer längerfristigen neuroleptischen Medikation habe. Ihr Arzt vereinbart mit ihr einen Gesprächstermin und erkundigt sich genau nach ihren Bedenken. Er vermittelt ihr, dass die Entscheidung für oder gegen eine Medikation bei ihr liege, und empfiehlt, auch mit anderen Betroffenen und mit ihrer langjährigen Freundin über diese Frage zu sprechen. Beide vereinbaren einen weiteren Gesprächstermin. Bis dahin hat Frau Ell mit den Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe über eine mögliche längerfristige Medikation gesprochen. Sie entscheidet sich schließlich dafür, nachdem mehrere Mitglieder der Selbsthilfegruppe ihr von erneuten Krisen unmittelbar nach dem Absetzen der Medikamente berichtet hatten.

Es ist ganz natürlich, dass viele Betroffene irgendwann über einen Absetzversuch nachdenken. Haben die Medikamente starke unerwünschte Wirkungen, so drängt sich diese Frage besonders auf. Der Wunsch, die Medikamente abzusetzen, kann also nicht auf eine endogene Krankheitsdynamik zurückgeführt werden, sondern ist völlig »normal«.

Sehr viele Betroffene haben große Mühe damit, einen Arzt zu finden, der mit ihnen einen Absetzversuch ausprobiert. Eine Patientin berichtete, sie

habe sich nach neun Jahren neuroleptischer Medikation für einen Absetzversuch entschieden. Ihr behandelnder Arzt habe ihr aber offen gesagt, dass er für solche »Experimente« nicht zur Verfügung stehe und sie sich einen anderen Arzt suchen solle. Empowermentorientiert ist ein solches Vorgehen natürlich nicht, es erscheint mir in vielen Fällen eher als Ausdruck einer persönlichen Kränkung. Sinnvoll wäre es hingegen, auf eine gemeinsame, verantwortungsvolle Entscheidung hinzuwirken und diese so zu begleiten, dass sie eine möglichst hohe Erfolgswahrscheinlichkeit hat.

Mit der Frage »Soll ich absetzen?« ist die Frage »Wie sollte das ablaufen?« verknüpft. Verschiedene Fragestellungen tauchen beim Betroffenen auf oder können von professioneller Seite als Anregungen eingebracht werden:

- ❑ Welche Möglichkeiten habe ich, um mich vor weiteren Krisen zu schützen? Was davon habe ich schon erprobt?
- ❑ Welche Konsequenzen hat es für mich, wenn ich wieder psychotisch werde?
- ❑ Welche Konsequenzen hat es für mein Umfeld, wenn ich wieder psychotisch werde?
- ❑ Wie kann ich die möglichen negativen Konsequenzen möglichst gering halten?
- ❑ Was ist die beste Zeit für einen Absetzversuch?
- ❑ Welche Unterstützung benötige ich, damit ich möglichst risikolos die Medikamente absetzen kann? Von professioneller Seite, von Angehörigen und Freunden?

Unter dem Empowerment-Blickwinkel sind Absetzversuche sinnvoll. Es ist stets aufs Neue zu prüfen, ob angebotene Fremdhilfe noch notwendig ist und gewünscht wird oder ob der Betroffene zukünftig mit einem größeren Grad an Selbsthilfe und Autonomie zurechtkommen kann. Das gilt für jede Form der Fremdhilfe. Absetzversuche sollten jedoch verantwortlich erfolgen und eine hinreichende Erfolgchance haben. Wenn

diese gegeben ist und wenn keine massiven Selbst- oder Fremdgefährdungen in einer möglichen erneuten Krise zu befürchten sind, dann gibt es für den Arzt keine Legitimation, sich dem Wunsch des Patienten zu verweigern!

**BEISPIEL 1** → Herr Uh hat in neun Monaten dreimal seine Medikamente abgesetzt und ist jeweils innerhalb kürzester Zeit wieder psychotisch geworden und stationär eingewiesen worden. Sein durchaus empowermentorientierter Arzt diskutiert mit ihm erneut über die Medikation und rät ihm dringend davon ab, die Medikamente nochmals unter ähnlichen Bedingungen abzusetzen. Er bietet ihm jedoch an, einen längerfristigen Reduktionsversuch zu planen, und rät begleitend zur Aufnahme einer Psychotherapie, in der dann alternative Formen der Krisenprophylaxe erarbeitet werden können. Herr Uh stimmt diesem Vorschlag zu und möchte mit der Psychotherapie sofort beginnen.

**BEISPIEL 2** → Frau Beh bemüht sich jetzt schon seit fünf Jahren darum, medikamentenfrei zu leben. Sie hat ihre Haldol-Medikation innerhalb von mehreren Jahren auf ein Viertel reduziert, jedoch in Krisenzeiten immer wieder selbstständig erhöht. Gegenwärtig ist sie in einer Phase der beruflichen Veränderung. Um den längerfristigen Erfolg ihrer Absetzbemühungen nicht zu gefährden, entscheidet sie sich, erst danach ihr Medikament ganz abzusetzen.

Es gibt eine ganze Reihe von Strategien zur Förderung eines möglichst selbstbestimmten Umgangs mit Medikamenten. Dabei geht es darum, bestimmte Verhaltensweisen zu unterlassen, die von der klassischen Psychiatrie und von eher paternalistisch denkenden Ärzten lange praktiziert wurden und teils auch noch werden. Parallel existieren sinnvolle Verhaltensstandards, um mit dem Klienten engagiert in Kontakt zu bleiben, auch wenn er sich gegen Medikamente entscheidet.

**Nicht förderliche Verhaltensweisen sind:**

**Angstgefühle erzeugen:** »Wenn Sie das Medikament nicht nehmen, werden Sie garantiert wieder psychotisch.«

**Unterstützung versagen:** »Wenn Sie keine Medikamente wollen, brauchen Sie nicht mehr zu mir zu kommen.«

**Falsche Informationen:** »Die Medikamente haben keine gefährlichen Nebenwirkungen.« Oder: »Ihr Gehirn braucht die Wirkstoffe des Medikaments.«

**Gewalt oder Zwang androhen:** »Wenn Sie das Medikament absetzen, muss ich eine Zwangseinweisung veranlassen.«

**Förderlich hingegen sind:**

**Vor- und Nachteile der Entscheidung mit dem Klienten erörtern:** »Lassen Sie uns gemeinsam überlegen, was für und was gegen Medikamente spricht.«

**Empathie zeigen:** »Ich kann gut verstehen, dass es eine schwierige Entscheidung ist, sich für oder gegen Medikamente zu entscheiden, insbesondere bei Neuroleptika. Mir würde es da wahrscheinlich nicht anders ergehen als Ihnen.«

**Entscheidung weitestmöglich respektieren und eigenen Standpunkt vertreten:** »Ich halte Ihre Entscheidung nicht für richtig, aber ich werde Ihre Entscheidung mittragen.«

**Beziehung aufrechterhalten:** »Sie sollten auf jeden Fall weiter zu mir kommen, auch wenn Sie das Medikament nicht nehmen.«

**Intensiveren Kontakt anbieten:** »Ich schlage Ihnen vor, dass Sie nach dem Absetzen häufiger zu mir kommen, da dies eine sensible Zeit ist.«

**Eine Alternative zu Medikamenten entwickeln:** »Wir sollten gemeinsam überlegen, wie Sie sich außer durch Medikamente vor weiteren Krisen schützen können.«

**Aushandeln:** »Ich glaube nicht, dass wir Ihre akute Krise ohne Medikamente in den Griff bekommen. Wenn Sie aber keine Medikamente nehmen möchten, schlage ich Ihnen vor, dass Sie es zwei Wochen ohne Medikamente probieren und sich bereit erklären, über meinen Vorschlag nochmals nachzudenken, falls es Ihnen danach nicht besser gehen sollte.«

## **Selbststigmatisierung überwinden helfen**

In unserer Gesellschaft gibt es zahlreiche Vorurteile und Stereotype über psychisch kranke Menschen. Diese negative Beurteilung wird auch als »Stigmatisierung« bezeichnet. Wenn die Stigmatisierung auch konkrete Handlungsfolgen nach sich zieht, beispielsweise wenn ein Arbeitgeber einem psychisch kranken Menschen einen Arbeitsplatz verweigert, so sprechen wir von »Diskriminierung«. Stigmatisierung und Diskriminierung behindern Gesundungsprozesse.

### **Was ist Selbststigmatisierung?**

Psychisch kranke Menschen, ihre Angehörigen und auch Fachpersonen sind natürlich mit den gesellschaftlichen Vorurteilen aufgewachsen. Wer erkrankt ist, wendet – oft unbewusst – diese negative Beurteilung und damit auch ihre negative Wirkung gegen sich selbst. Hat jemand etwa die Einschätzung: »Psychisch Kranke haben einen schwachen Charakter, aus ihnen kann nie etwas werden«, so wandelt sich diese allgemeine Überzeugung um in: »Ich habe einen schwachen Charakter, aus mir wird nie was werden.« Weitere Negativbewertungen können sein: »Ich bin weniger wert als die anderen«, »Ich bin gefährlich für die anderen«, »Psychische Erkrankungen sind eine Strafe Gottes für Sünden«, »Wer psychisch krank wird, ist selbst daran schuld«. Die gegen die eigene Person gerichtete Stigmatisierung nennen wir »Selbststigmatisierung«, ein Betroffener nannte sie einmal »das Stigma auf der Innenseite der Stirn«.

Selbststigmatisierungsprozesse sind eines der größten Empowerment-Hindernisse, die es gibt, wir können sie sogar als das Gegenteil von Empowerment auffassen. Daher hat die Überwindung der Selbststigmatisierung eine wichtige Bedeutung in der Empowerment-Förderung.