

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

**Erwünschte und unerwünschte Wirkungen
von Antidepressiva
aus der Sicht der Patienten**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades der Medizin
Der Medizinischen Fakultät
Der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Vorgelegt von
Alexander Ludwig
aus Knittlingen

2003

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter: P.D. Dr. med. I. Gaertner

2. Berichterstatter:

INHALT

1	Einleitung	4
2	Methode	6
2.1	Zusammensetzung der Patientenstichprobe	6
2.2	Erhebungsinstrumente	7
3	Ergebnisse	8
3.1	Medikamentenkenntnisse	8
3.2	Subjektives Erleben, Einstellungen, Bewertungen	13
4	Diskussion	30
4.1	Diskussion der Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur	30
4.1.1	Medikamentenkenntnisse	30
4.1.2	Subjektives Erleben, Einstellungen, Bewertungen	35
4.2	Methodische Probleme	43
4.3	Schlußfolgerungen	44
5	Zusammenfassung	46
6	Anhang: Fragebogen	48
7	Literaturverzeichnis	56
8	Abkürzungen	59
9	Danksagung	60
10	Lebenslauf	61

1 EINLEITUNG

Seit psychotrope Medikamente in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts begannen, die Therapie psychiatrischer Erkrankungen zu revolutionieren, wurde der Erfolg medikamentöser Therapie seitens der pharmakopsychiatrischen Forschung vorwiegend an objektiv überprüfbaren Effektivitätskriterien gemessen, wie der Verminderung von Krankheitssymptomen und der Vermeidung von Rückfall und Rehospitalisierung. Subjektive Aspekte der pharmakopsychiatrischen Therapie, beispielsweise wie der psychiatrische Patient seine medikamentöse Behandlung und die damit verbundenen erwünschten und unerwünschten Wirkungen erlebt, was er über sie weiß, wie er sie bewertet und welche Folgen sich für sein Wohlergehen daraus ergeben, wurden in weitaus geringerem Maße beachtet.

Deutlich wird dies vor allem bei der Wirkstoffgruppe der Antidepressiva, zu deren subjektiven Wahrnehmung besonders wenig Literatur zu finden ist. Die mit subjektiven Aspekten der pharmakopsychiatrischen Therapie befaßten Arbeiten beziehen sich vorwiegend auf psychotrope Medikamente allgemein (La Roche und Ernst, 1975; Danckwardt, 1978; Geller, 1982; Book, 1987; Tempier, 1996; Ruscher et al., 1997) und auf Neuroleptika (Soskis, 1978; Linden, 1980; Windgassen, 1989; Finn et al., 1990; Krausz und Sorgenfrei, 1991; Larsen und Gerlach, 1996; Day et al., 1996). Dies ist um so erstaunlicher, als es Hinweise darauf gibt, daß bei Antidepressiva von gleichen Abbruchraten der medikamentösen Therapie ausgegangen werden muß, wie bei Neuroleptika (Blackwell, 1982; Kaplan, 1997), und daß depressive Patienten ihre Medikation wahrscheinlich anders wahrnehmen, als mit Neuroleptika therapierte. Lediglich im Rahmen der Complianceforschung, sowie im Rahmen eines aus der Sozialpsychiatrie erwachsenen Forschungszweiges, der sich mit der Lebensqualität psychiatrischer Patienten befaßt, gibt es einige Untersuchungen, welche die subjektive Sichtweise depressiver Patienten hinsichtlich ihrer Medikamente in ihren Forschungsgegenstand einbeziehen (Johnson, 1981; Blackwell, 1982; Hunt et al., 1992; Frank, 1997;

Demyttenaere,1997; Dreher et al., 1999; Kennedy et al., 2001). Allerdings ist in diesem Zusammenhang noch eine Arbeit von Sziel zu nennen, der im Rahmen seiner Befragung von 55 psychiatrischen Patienten auch 20 depressiv Erkrankte zu ihren Erfahrungen mit Antidepressiva interviewte (Sziel, 1998). Auf diese Arbeit soll im Laufe der vorliegenden Dissertation noch häufiger Bezug genommen werden.

In der Hoffnung, die bisher dünn gesäte Literatur zur subjektiven Wahrnehmung von Antidepressiva um einen kleinen Beitrag zu erweitern, macht es sich diese Arbeit zur Aufgabe, den Kenntnisstand mit Antidepressiva behandelter Patienten hinsichtlich ihrer Medikamente, sowie deren subjektives Erleben und deren Bewertung der medikamentösen Therapie zu untersuchen, zumal man davon ausgehen kann, daß diese Faktoren für die Compliance der Patienten und den Erfolg der psychiatrischen Therapie von wesentlicher Bedeutung sind.

2 METHODE

2.1 Zusammensetzung der Patientenstichprobe

Zur Wirkstoffgruppe der Antidepressiva wurden insgesamt 26 Patienten befragt. Zusätzlich wurden die jeweils behandelnden Ärzte zu deren Einschätzung der Schwere der Erkrankung, der Schwere der unerwünschten Wirkungen, sowie des therapeutischen Effekts der bisherigen Therapie des betreffenden Patienten interviewt. Dokumentiert wurden darüber hinaus Diagnosen, Dosis und Art der Medikation, Geschlecht, Lebensalter, Dauer der Erkrankung, Anzahl der stationären Aufenthalte, Familienstand, sowie Beruf und Bildungsstand.

14 der Patienten hatten eine major Depression, 5 Patienten eine schizoaffektive Erkrankung, 2 Patienten eine histrionische Persönlichkeitsstörung, 1 Patient eine narzißtische Persönlichkeitsstörung, 1 Patient eine Panikstörung, 1 Patient eine Anpassungsstörung, 1 Patient eine neurotische Depression und 1 Patient eine manisch- depressive Erkrankung. Gemeinsam war allen die Erfahrung mit Antidepressiva. 14 Patienten rekrutierten sich aus fünf verschiedenen Stationen der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen, 12 Patienten aus dem ambulanten Bereich dieser Klinik. 14 Patienten waren weiblich, 12 männlich. Die Patienten waren zwischen 22 und 63 Jahre alt. 10 Patienten waren 20 bis 40 Jahre alt, 4 Patienten älter als 60 Jahre, das mittlere Alter der Patienten betrug 45 Jahre. 20 Patienten schätzten die Dauer ihrer Erkrankung auf mehr als ein Jahr, 6 auf ein Jahr und weniger ein. 16 Patienten hatten bereits einen oder mehrere stationäre Aufenthalte hinter sich, 6 waren zum ersten Mal in stationärer Behandlung.

10 Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet und mit dem Ehepartner zusammenlebend, 1 Patient war verheiratet, jedoch getrennt lebend. 3 Patienten waren geschieden, 11 Patienten waren ledig und alleinstehend, 1 Patient war ledig und in fester Partnerschaft lebend.

5 Patienten waren in akademischen Berufen tätig, die übrigen 21 Patienten waren keine Akademiker und hatten auch keine Hochschulreife.

Einschlusskriterien waren eine zumindest mehrwöchige Erfahrung mit einem Antidepressivum und eine bei der Dauer und Komplexität des Interviews vorauszusetzende Belastbarkeit und Kooperationsbereitschaft. Ausschlusskriterien waren Demenz, schwere Denkstörungen und akute Erregungszustände.

2.2 Erhebungsinstrumente

Die Patienten wurden mittels eines strukturierten Interviews befragt, das sich aus Fragen mit Mehrfachauswahl, dichotomen und offenen Fragen zusammensetzte. Fachbegriffe wurden soweit möglich durch umgangssprachliche Begriffe ersetzt. Die Fragebögen wurden von den Patienten in Anwesenheit des Interviewers ausgefüllt. Dieser war selbst nicht in die Behandlung der Patienten einbezogen. Die Patienten wurden auf die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme hingewiesen und über die vertrauliche Behandlung und anonyme Auswertung der Daten informiert. Da es sich um eine hypothesengenerierende Arbeit handelt, die aufgrund der geringen Patientenzahlen keinen Anspruch auf statistisch überprüfbare Aussagekraft erheben kann, wurde auf die Anwendung statistischer Testverfahren verzichtet.

2 ERGEBNISSE

3.1 Medikamentenkenntnisse

Medikamentennamen

22 von 26 Patienten kannten die Handelsnamen ihrer derzeitigen Medikamente. Die beiden von den Patienten am häufigsten aufgeführten Medikamente waren Saroten® und Stangyl®. Klassische Antidepressiva wurden 17-mal genannt, SSRI und MAOI wurden 7-mal genannt, wobei Seroxat® und Cipramil® am häufigsten erschienen.

Wirkungsqualitäten

Auf die Frage nach typischen Wirkungsqualitäten von Antidepressiva, eine Frage mit Mehrfachauswahl, bei der die drei Wirkungsqualitäten „stimmungsaufhellend“, „beruhigend“ und „antriebssteigernd“ aus fünf gegebenen Möglichkeiten identifiziert werden sollten, antworteten 12 von 26 Patienten korrekt. 10 Patienten erkannten zwei der drei geforderten Wirkungsarten und 4 Patienten konnten keine oder nur eine Wirkungsqualität identifizieren.

Latenzen erwünschter und unerwünschter Wirkungen

Da es für die Compliance der Patienten nicht unerheblich ist, wieweit die Patienten darüber aufgeklärt sind, daß unerwünschte Wirkungen von Antidepressiva unmittelbar nach Therapiebeginn auftreten können, eine Besserung von Krankheitssymptomen dagegen in der Regel zwei bis drei Wochen auf sich warten läßt, sollten hier die befragten Patienten aus einer

Dreifachauswahl die Latenzen erwünschter und unerwünschter Wirkungen erkennen. 10 von 26 Patienten ordneten korrekt die Latenz von etwa zwei Wochen zwischen Therapiebeginn und Wirkungseintritt der antidepressiven Wirkung zu, während sie ebenfalls korrekterweise den Eintritt unerwünschter Wirkungen unmittelbar nach Therapiebeginn erwarteten. 11 Patienten waren in der Lage, entweder die Latenz der antidepressiven Wirkung, oder die Latenz der unerwünschten Wirkungen zu bestimmen, und 5 Patienten konnten keine der vorgegebenen Wirklatenzen korrekt zuordnen.

Unterscheidungsmerkmale verschiedener Antidepressiva

Auf die offen formulierte Frage, wodurch sich einzelne Antidepressiva unterscheiden, konnten 8 von 26 Patienten Unterscheidungsmerkmale nennen. 4 dieser Patienten nannten das unterschiedliche Nebenwirkungsprofil als Unterscheidungsmerkmal, wobei niemand konkrete Nebenwirkungen nennen konnte, die einer bestimmten Gruppe von Antidepressiva zuzuordnen wären. (Bei der Befragung wurde zur besseren Verständlichkeit der Begriff Nebenwirkung verwendet. Soweit er auch hier verwendet wird, soll er alle unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Risiken einschließen). 3 Patienten nannten die beiden Wirkungsqualitäten „antriebssteigernd“ und „beruhigend“ als Unterscheidungsmerkmal verschiedener Antidepressiva, und 1 Patient teilte die Wirkstoffgruppe der Antidepressiva in „ältere“ trizyklische und „neuere“ Antidepressiva ein. Den unterschiedlichen Wirkmechanismus von trizyklischen Antidepressiva, SSRI und MAOI führte keiner der Patienten als Unterscheidungsmerkmal an.

Zuordnung einzelner Medikamente zur Gruppe der klassischen und zur Gruppe der neueren Antidepressiva

Aus einer Reihe von acht unterschiedlichen, mit Handelsnamen bezeichneten Antidepressiva (Saroten®, Stangyl®, Aponal®, Tolvin®, Fluctin®, Fevarin®, Cipramil®, Aurorix®) sollten einzelne Präparate der Gruppe der klassischen und der Gruppe der neueren Antidepressiva zugeordnet werden.

11 von 26 Patienten konnten keines der aufgeführten Medikamente einer Gruppe von Antidepressiva zuordnen. 10 Patienten erkannten unter den aufgeführten Medikamenten ihr eigenes Antidepressivum und ordneten es korrekt zu, wobei 7 dieser 10 Patienten darüber hinaus bis zu fünf weitere Medikamente zuordnen konnten. 5 Patienten konnten ein bis drei Medikamente korrekt zuordnen, ohne daß ihr eigenes Antidepressivum unter den aufgeführten Medikamenten war.

Zuordnung typischer unerwünschter Wirkungen zur Gruppe der klassischen und zur Gruppe der neueren Antidepressiva

Zwei Gruppen unerwünschter Wirkungen sollten entweder der Gruppe der klassischen (Mundtrockenheit, verschwommenes Sehen, Verstopfung, Schwindel) oder der Gruppe der neueren Antidepressiva (Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen) zugeordnet werden. Hierbei gelang 13 von 26 Patienten eine korrekte Zuordnung. 1 Patient hielt fälschlicherweise beide Gruppen von unerwünschten Wirkungen sowohl für neuere, als auch für klassische Antidepressiva charakteristisch, und 12 Patienten konnten zu dieser Frage keine Angaben machen.

Einschätzung des Abhängigkeitsrisikos von Hypnotika, Antidepressiva und Neuroleptika

Bei den drei Medikamentengruppen Hypnotika, Antidepressiva und Neuroleptika sollte das jeweilige Abhängigkeitsrisiko eingeschätzt werden. Das Abhängigkeitsrisiko von Schlafmitteln war 23 von 26 Patienten bekannt, 1 Patient war sich diesbezüglich unsicher. 16 von 26 Patienten wußten, daß im Gegensatz zu Schlafmitteln Antidepressiva nicht abhängig machen – eine für die Compliance der Patienten nicht unerhebliche Information. 2 Patienten setzten auch bei Antidepressiva ein Abhängigkeitsrisiko voraus, 8 Patienten waren sich bezüglich des Abhängigkeitsrisikos von Antidepressiva unsicher. Den Neuroleptika schrieben 3 von 26 Patienten ein Abhängigkeitsrisiko zu, während 7 Patienten sich diesbezüglich unsicher waren. 2 von 26 Patienten machten zu dieser Frage keine Angaben.

Einschätzung der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Einnahme von Antidepressiva und Ausschluß eines Gewöhnungseffekts

Die Frage ob es ratsam wäre, ab und zu eine Medikamentenpause einzulegen, damit sich der Körper nicht an das Medikament gewöhne, wurde von 15 von 26 Patienten korrekterweise verneint. 8 Patienten bejahten die Frage fälschlicherweise, und 3 Patienten machten zu dieser Frage keine Angaben.

Wechselwirkungen von Antidepressiva mit anderen Substanzen

Die Frage ob es Wechselwirkungen von Antidepressiva mit anderen Substanzen gebe, wie zum Beispiel mit Alkohol, Koffein und Medikamenten, wurde von 23 von 26 Patienten korrekterweise bejaht. Nur ein Patient verneinte die Frage fälschlicherweise, und 2 Patienten machten zu dieser Frage keine Angaben.

Wirkung von Antidepressiva im Zusammenhang mit Alkohol

Hier wurde gefragt, ob Alkohol die Nebenwirkungen von Antidepressiva verstärke, oder abschwäche. 22 von 26 Patienten gaben korrekterweise an, daß Alkohol die Nebenwirkungen von Antidepressiva verstärke – eine Information, die insbesondere im Hinblick auf die Tauglichkeit der Patienten im Straßenverkehr wichtig ist (Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit bereits durch geringe Mengen Alkohol, wenn gleichzeitig Antidepressiva genommen werden). 1 weiterer Patient tendierte ebenfalls zu dieser Aussage, war sich dabei aber unsicher. 1 weiterer Patient meinte fälschlicherweise, Alkohol verstärke weder die Nebenwirkungen, noch schwäche er sie ab, und 2 Patienten machten zu dieser Frage keine Angaben.

3.2 Subjektives Erleben, Einstellungen, Bewertungen

Subjektives Erleben erwünschter Wirkungen von Antidepressiva

Die offen formulierte Frage, wie die Patienten, von den Nebenwirkungen zunächst abgesehen, die Wirkungen ihres Medikaments erleben, wurde von den Patienten wie folgt beantwortet:

Als unter anderem stimmungshhebend erlebten 9 von 26 Patienten die Wirkung ihrer Medikation. 1 Patient erlebte die Wirkung seines Medikaments als antriebssteigernd (und stimmungshhebend). 4 Patienten empfanden die Wirkung ihres Medikaments als beruhigend (2 dieser Patienten gleichzeitig auch als stimmungshhebend). Die Wirkungsqualitäten stimmungshhebend und beruhigend wurden damit am häufigsten genannt. Eine größere seelische Ausgeglichenheit (bei ebenfalls stimmungshhebender Wirkung) schrieben 2 Patienten ihrer Medikation zu. 1 Patient fühlte sich (ebenfalls bei stimmungshhebender Wirkung) durch sein Medikament „weniger getrieben“. 1 weiterer Patient sah sich aufgrund seiner Medikation etwas von seelischem Druck entlastet. 1 Patient meinte, sein Medikament bewirke ein „besseres Funktionieren seines Lebens“. 1 anderer Patient beschrieb einen Rückgang seiner Nervosität (bei gleichzeitig stimmungshhebender Wirkung) in Folge seiner Medikamenteneinnahme. 1 Patient empfand seine Medikation als „schlaffördernd“, und 1 weiterer sah seine depressive Symptomatik durch seine Medikation gedämpft. 3 Patienten erlebten an ihrem Medikament keinerlei Wirkung und 7 Patienten machten zu dieser Frage keine verwertbaren Angaben.

Zufriedenheit der Patienten mit der eigenen Medikation

Die Frage, ob die Patienten den Eindruck hätten, daß sie die richtigen Medikamente einnehmen, und daß die Dosis ihrer Medikamente richtig gewählt sei, wurde von 19 von 26 Patienten bejaht. 1 Patient war mit seinen Medikamenten unzufrieden und wünschte sich ein anderes, wirksameres Medikament. 1 weiterer Patient gab an, er verlasse sich auf den Arzt und äußerte keine eigene Einschätzung. 1 Patient gab an, er hoffe, medikamentös richtig eingestellt zu sein, ebenfalls ohne eine eigene Einschätzung zu äußern, und 1 Patient gab zu verstehen, er könne diese Frage nicht beurteilen. 3 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Zufriedenheit der Patienten mit ihrem behandelnden Arzt im Hinblick auf dessen Einbeziehung der Patienten in Therapieentscheidungen

Hier wurde gefragt, ob der jeweils behandelnde Arzt Anregungen der Patienten zur Änderung von Art und Dosis der Medikation aufnehme. 21 von 26 Patienten bejahten diese Frage. 5 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Zufriedenheit der Patienten mit ihren behandelnden Ärzten hinsichtlich ihres Eingehens auf von den Patienten verspürten Nebenwirkungen

Die Frage, ob die Patienten den Eindruck hätten, daß sie mit den Ärzten über die von ihnen verspürten Nebenwirkungen sprechen könnten, und daß diese ernst genommen würden, wurde von ausnahmslos allen 26 befragten Patienten bejaht.

Frühere Erfahrungen der Patienten mit Antidepressiva im Vergleich zu ihrer aktuellen Medikation

Gefragt, ob die Patienten früher mit anderen Medikamenten bessere bzw. schlechtere Erfahrungen gemacht hätten, berichteten 16 von 26 Patienten von schlechteren Erfahrungen mit anderen Medikamenten im Vergleich zur aktuellen Medikation. Dabei konnten 3 Patienten angeben, ob dies mit einem neueren Präparat der Fall war, oder mit einem älteren: 2 Patienten hatten negative Erfahrungen mit einem Trizyklikum, 1 Patient vertrug ein neueres Medikament schlecht (wobei dem Patient die Medikamentengruppe und der Name des Präparats nicht Erinnerungswürdig war). 10 Patienten konnten weder von besseren, noch von schlechteren Erfahrungen berichten.

Subjektives Erleben unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva

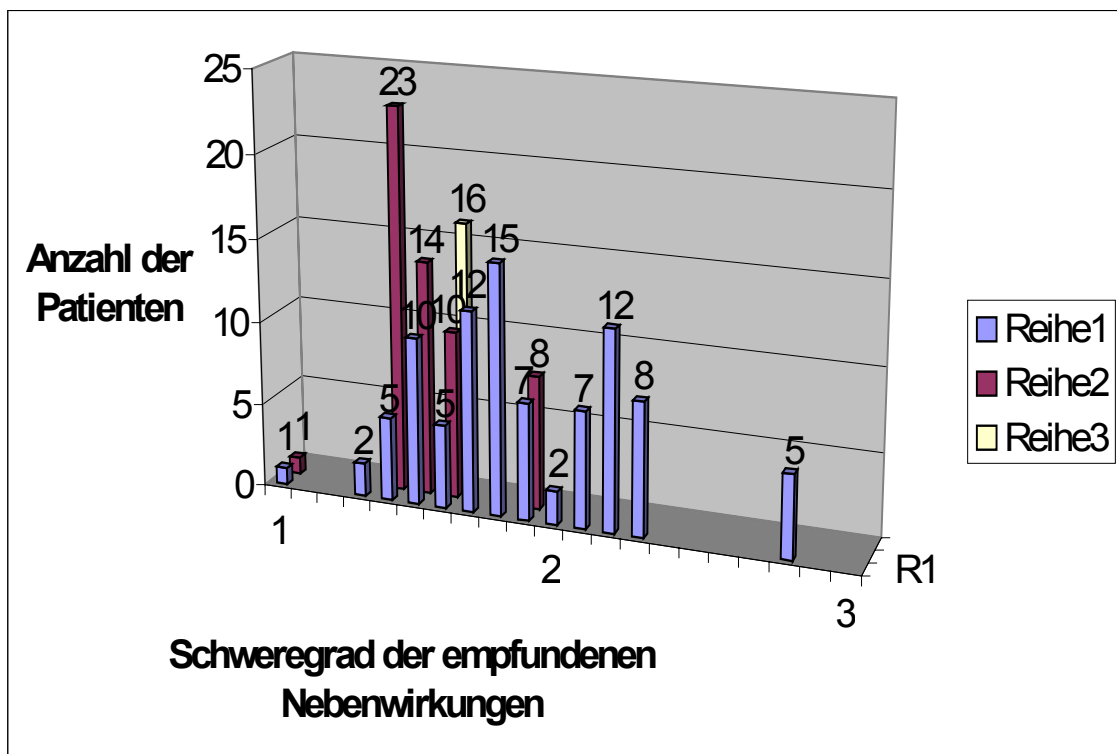
Hier wurde durch eine Frage mit Mehrfachauswahl (18 verschiedene unerwünschte Wirkungen waren vorgegeben) versucht zu ermitteln, welche unerwünschten Wirkungen die Patienten bisher erlebt, und welche sie als besonders schwer erträglich empfunden hatten. Um festzustellen, in welchem Ausmaß die Patienten durch die unerwünschten Wirkungen beeinträchtigt waren, wurde eine Skala von 1 bis 3 vorgegeben: 1 entsprach erträglich, 2 schwer erträglich und 3 unerträglich.

Nach der bei dieser Befragung ermittelten Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen geordnet ergab sich folgendes Resultat:

Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen

Durchschnittswerte auf der Schweregradskala

Mundtrockenheit:	23 von 26	1,4
Tagesmüdigkeit:	16 von 26	1,6
Gewichtszunahme:	15 von 26	1,8
Schwindel:	14 von 26	1,5
Konzentrationsstörungen:	12 von 26	2,2
Verstopfung:	12 von 26	1,7
Zittern der Hände:	10 von 26	1,5
Verschwommenes Sehen:	10 von 26	1,6
Gedächtnisstörungen:	8 von 26	2,3
Übelkeit:	8 von 26	1,9
Innere Unruhe:	7 von 26	1,9
Kopfschmerzen:	7 von 26	2,1
Angstzustände:	5 von 26	2,8
Schlafstörungen:	5 von 26	1,4
Sexualstörungen:	5 von 26	1,6
Herzrhythmusstörungen:	2 von 26	2,0
Muskelzucken:	2 von 26	1,3
Sodbrennen:	1 von 26	1,0
Beschwerden beim Wasserlassen:	1 von 26	1,0

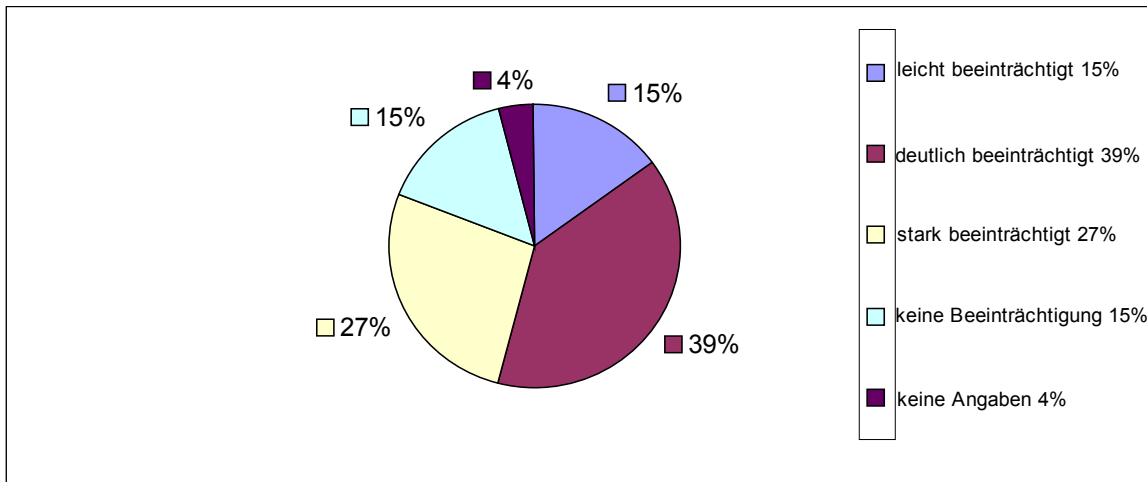


Die ebenfalls vorgegebenen unerwünschten Wirkungen Blutbildveränderungen und Schwellungen der Unterschenkel und Füße wurden von keinem der befragten Patienten genannt. Als Nebenwirkungen, die nicht vorgegeben waren, wurden Herzrhythmusstörungen, Muskelzucken und Sodbrennen von jeweils 1 bis 2 Patienten aufgeführt.

Die drei am häufigsten genannten unerwünschten Wirkungen waren Mundtrockenheit, Tagesmüdigkeit und Gewichtszunahme. Die drei unerwünschten Wirkungen, die als am unangenehmsten empfunden wurden, waren Angstzustände, Gedächtnisstörungen und Konzentrationsstörungen. Bei letzteren unerwünschten Wirkungen, aber auch bei den unerwünschten Wirkungen Schlafstörungen, Sexualstörungen und innerer Unruhe, war es allerdings für den einzelnen Patienten häufig schwer möglich zwischen Krankheitssymptomen und medikamentenbedingten Beschwerden zu unterscheiden.

Grad der Beeinträchtigung der Patienten durch unerwünschte Wirkungen von Antidepressiva zum Zeitpunkt der Befragung

Mit der Frage, welche Nebenwirkungen die Patienten zum Zeitpunkt der Befragung verspürten, wurde versucht, den Grad der aktuellen Beeinträchtigung jedes einzelnen Patienten durch unerwünschte Wirkungen von Antidepressiva abzuschätzen. Zu diesem Zweck wurde nicht die Anzahl der angegebenen unerwünschten Wirkungen berücksichtigt, sondern für die Beurteilung ausschlaggebend waren die in der vorherigen Frage den einzelnen unerwünschten Wirkungen zugeschriebenen Schweregrade (1 = erträglich, 2 = schwer erträglich, 3 = unerträglich). Wurden also unerwünschte Wirkungen angegeben mit dem Attribut erträglich (1), so ließ dies auf eine leichte Beeinträchtigung des betreffenden Patienten durch diese unerwünschten Wirkungen schließen. Bei angegebenen unerwünschten Wirkungen mit dem Attribut schwer erträglich (2) deutete dies auf eine deutliche Beeinträchtigung des betreffenden Patienten durch die unerwünschten Wirkungen hin. Eine starke Beeinträchtigung der Patienten durch unerwünschte Wirkungen wurde gesehen bei angegebenen Nebenwirkungen mit dem Attribut unerträglich (3). In diesem Sinne durch unerwünschte Wirkungen leicht beeinträchtigt waren 4 von 26 Patienten. Deutlich beeinträchtigt durch unerwünschte Wirkungen waren 10 von 26 Patienten und stark beeinträchtigt waren 7 von 26 Patienten. 4 Patienten verspürten zum Zeitpunkt der Befragung keine unerwünschten Wirkungen und 1 Patient äußerte sich zu dieser Frage nicht.



Beschwerden, die aus Sicht der Patienten nicht eindeutig als unerwünschte Medikamentenwirkungen einzuordnen waren

Hier wurde gefragt, welche Beschwerden die Patienten eindeutig als unerwünschte Medikamentenwirkung erlebten, und bei welchen Beschwerden sie sich unsicher wären, ob sie den Medikamenten zuzuordnen seien. Die meisten Patienten beschränkten sich bei ihren Antworten auf die nicht eindeutig medikamentenbedingten Beschwerden, so daß auch nur diese hier ausgewertet werden können.

Als nicht eindeutig medikamentenbedingt wurden genannt:

Angst (5 von 26 Patienten), Konzentrationsstörungen (6 Patienten), innere Unruhe (5 Patienten), Tagesmüdigkeit (3 Patienten), Kopfschmerzen (3 Patienten), Schwindel (2 Patienten), Schlafstörungen (2 Patienten), Gedächtnisstörungen (1 Patient). 4 Patienten nannten auch Verstopfung als bezüglich seiner Herkunft unsicheres Symptom, wobei sie angaben, bereits vor ihrer medikamentösen Therapie des öfteren Verstopfung gehabt zu haben.

Es zeigte sich also, daß es den Patienten besonders schwer fiel, Beschwerden eindeutig als medikamentenbedingt einzustufen, die auch im Rahmen einer Depression auftreten können, wie Angst, Konzentrationsstörungen, innere Unruhe und Tagesmüdigkeit.

Das Risiko dauerhaft gesundheitsgefährdender oder lebensbedrohlicher unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva in der Einschätzung der Patienten

Um das Ausmaß ggf. unbegründeter, die Compliance erschwerender Ängste und Vorbehalte der Patienten gegenüber ihrer Medikation zu bestimmen, wurde hier gefragt, wie hoch die Patienten das Risiko einer bedrohlichen unerwünschten Wirkung von Antidepressiva, wie beispielsweise gravierende Herzrhythmusstörungen, schwere Veränderungen des Blutdruckes, des Blutbildes, schwere Leberschädigungen, epileptische Anfälle oder Delirien, einschätzen. Vorgegeben wurden die drei Kategorien „hoch“, „gering“ und „sehr gering“. 2 von 26 Patienten schätzten das Risiko als hoch ein, weitere 2 Patienten als zwischen hoch und gering, 15 Patienten als gering und nur 4 Patienten korrekterweise als sehr gering.

Weiterhin wurde gefragt, ob nach Einschätzung der Patienten im Falle einer solchen gravierenden unerwünschten Wirkung die Möglichkeit einer Erholung des Patienten nach Absetzen oder Dosisreduktion des Medikaments bestehe.

20 von 26 Patienten bejahten diese Frage, 3 Patienten verneinten sie, und weitere 3 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Unerwünschte Wirkungen von Antidepressiva, welche die Patienten nicht bereit waren in Kauf zu nehmen

Bei der Frage, welche unerwünschten Wirkungen von Antidepressiva die Patienten in Kauf nehmen würden und welche keinesfalls (fast alle Patienten beschränkten sich bei ihren Angaben auf unerwünschte Wirkungen, die sie nicht bereit waren in Kauf zu nehmen), äußerten 20 von 26 Patienten unerwünschte Wirkungen, die sie keinesfalls in Kauf nehmen würden. 13 dieser Patienten sprachen dabei aus eigener Erfahrung und 4 Patienten litten aktuell unter unerwünschten Wirkungen, die sie eigentlich nicht bereit waren in Kauf zu nehmen. 3 von 26 Patienten waren bereit, jede unerwünschte Wirkung zu ertragen, solange ihnen ihr Medikament helfe. 2 Patienten wollten die Frage nicht beurteilen, da ihnen die Erfahrung mit beeinträchtigenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen fehle, und 1 Patient machte zu dieser Frage keine Angaben.

Das Spektrum der nicht tolerierten unerwünschten Wirkungen war sehr breit: Gedächtnisstörungen wurden von 5 Patienten genannt. Konzentrationsstörungen, Angstzustände, verschwommenes Sehen und Sexualstörungen wurden von jeweils 4 Patienten angeführt. Schlafstörungen, Hände zittern, Gewichtszunahme und innere Unruhe nannten jeweils 3 Patienten und Herzrhythmusstörungen, Tagesmüdigkeit, Schwindel, Übelkeit, Verstopfung und Mundtrockenheit jeweils 2 Patienten. Blutbildveränderungen, schwere Leberschäden, Kopfschmerzen und Beschwerden beim Wasserlassen nannten jeweils nur 1 Patient.

Gründe der Patienten, die medikamentöse Therapie auch ohne ärztliche Anordnung abzusetzen.

Auf die offen formulierte Frage, was für die Patienten am ehesten ein Grund wäre, die medikamentöse Therapie auch ohne ärztliche Anordnung zu

beenden, nannten 11 von 26 Patienten unerträgliche Nebenwirkungen als Grund. (1 Patient präziserte dabei einschränkend, nur wenn der behandelnde Arzt auf seine schwer erträglichen, durch die Medikamente verursachten Beschwerden nicht eingehe, wäre dies für ihn ein Grund, seine Medikamente abzusetzen). 4 Patienten nannten vollständiges Wohlbefinden als Grund (2 dieser Patienten zählten hier als Gründe zusätzlich unerträgliche Nebenwirkungen auf), und 2 weitere Patienten nannten als Grund Wirkungslosigkeit der Medikation. 8 Patienten lehnten es ab, ohne ärztliche Zustimmung ihre Antidepressiva abzusetzen, und 3 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Damit erwiesen sich bei dieser Frage aus Sicht der Patienten unerwünschte Arzneimittelwirkungen als wichtigster, die Compliance beeinträchtigender Faktor.

Befürchtungen der Patienten vor einer jahrelangen Einnahme von Antidepressiva

Die Frage, was bezüglich der Nebenwirkungen die größten Sorgen der Patienten bei einer jahrelangen Einnahme von Antidepressiva seien, wurde von den Patienten wie folgt beantwortet:

12 von 26 Patienten nannten als größte Sorge hinsichtlich einer langjährigen Medikamenteneinnahme das Auftreten organischer Schäden. 6 Patienten befürchteten als Folge einer langjährigen Medikamenteneinnahme das Auftreten von Abhängigkeit, 2 Patienten befürchteten einen Gewöhnungseffekt, 1 Patient befürchtete Gewichtszunahme, und 1 weiterer Patient befürchtete durch das Medikament eine Leistungsbeeinträchtigung im Alltag. 3 Patienten hatten diesbezüglich keinerlei Befürchtungen und 1 Patient äußerte sich zu dieser Frage nicht.

Einstellung der Patienten zu ihrer medikamentösen Behandlung im Verlauf der Therapie

Hier wurde gefragt, ob sich die Einstellung der Patienten zur medikamentösen Behandlung im Verlauf der Therapie geändert habe. Vorgegeben wurden vier Antwortmöglichkeiten:

a) Ich sehe die Medikamente als notwendiges Übel, b) Sie erinnern mich daran, daß ich nicht gesund bin, c) Die Medikamente beunruhigen mich, da ich nicht weiß, wie weit sie meine Persönlichkeit verändern, d) Die regelmäßige Medikamenteneinnahme ist mir eine Hilfe und Stütze.

Um Einstellungsänderungen im Therapieverlauf beurteilen zu können, sollten die jeweils für die Patienten zutreffendsten Antworten drei unterschiedlichen Zeitpunkten zugeordnet werden: vor mehreren Monaten, bzw. Jahren, vor einigen Wochen und heute.

Die meisten Patienten beschränkten sich allerdings darauf, diejenige Antwortauswahl zu treffen, die für den Zeitpunkt der Befragung zutraf, so daß die Frage auch nur in diesem Sinne ausgewertet werden kann. Um den Bezug zu ihrer Einstellung gegenüber Antidepressiva in der Vergangenheit herzustellen, erklärten die meisten Patienten lediglich, ob sie früher Antidepressiva gegenüber ablehnender, oder weniger ablehnend als heute eingestellt gewesen waren.

Um die aktuelle Einstellung gegenüber ihren Medikamenten zu beschreiben entschieden sich für die Antwort a) (Ich sehe die Medikamente als notwendiges Übel) 10 von 26 Patienten. Für die Antwort b) (Die Medikamente erinnern mich daran, daß ich nicht gesund bin) entschieden sich 5 Patienten; für die Antwort c) (Die Medikamente beunruhigen mich, da ich nicht weiß, wie weit sie meine Persönlichkeit verändern) entschieden sich 2 Patienten; und die Antwort d) (Die regelmäßige Medikamenteneinnahme ist mir eine Hilfe und Stütze) wählten 14 Patienten. 6 Patienten wählten dabei zwei oder drei der vorgegebenen Antworten gleichzeitig.

Der größte Teil der befragten Patienten sah damit die eigenen Medikamente als Hilfe, oder akzeptierte sie doch wenigstens als notwendiges Übel, und nur ein

kleiner Teil (2 Patienten) sah in seiner Medikation einen Grund zur Beunruhigung.

13 von 26 Patienten gaben an, früher Medikamenten gegenüber ablehnender als zum Zeitpunkt der Befragung gewesen zu sein, 2 Patienten brachten anfänglich Antidepressiva weniger Ablehnung entgegen, und 9 von 26 Patienten erklärten, ihre Einstellung zur medikamentösen Therapie habe sich nicht geändert. 2 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Einfluß der Therapie mit Antidepressiva auf die Lebensqualität der Patienten

Durch eine Frage mit Mehrfachauswahl wurde versucht zu ermitteln, ob sich die Lebensqualität der Patienten infolge der Therapie mit Antidepressiva verbessert habe. Vorgegeben wurden die vier Kategorien a) berufliche Belastbarkeit, b) Interessen und Aktivitäten in der Freizeit, c) Kontakt zu Freunden und Bekannten und d) allgemeines Wohlbefinden.

7 von 26 Patienten sahen durch die medikamentöse Therapie keine Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Ihre berufliche Belastbarkeit (bzw. ihre Belastbarkeit bei Alltagspflichten), sahen 5 von 26 Patienten verbessert; Interessen und Aktivitäten in der Freizeit vermehrten sich bei 7 von 26 Patienten, Kontakte zu Freunden und Bekannten verbesserten sich bei ebenfalls 7 von 26 Patienten, und eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens war bei 19 von 26 Patienten zu verzeichnen.

Diskrepanz zwischen ärztlicher Einschätzung und Einschätzung der Patienten erwünschter und unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Hier wurde zunächst mit einem gesonderten Fragebogen versucht, die ärztliche Einschätzung erwünschter und unerwünschter Wirkungen der Therapie mit Antidepressiva bei den befragten Patienten zu ermitteln.

Hierzu sollten die behandelnden Ärzte den Gesundheitszustand der befragten Patienten zu Beginn der medikamentösen Therapie auf einer Skala von 1 bis 8 einstufen (1 = nicht beurteilbar, 2 = Patient ist überhaupt nicht krank, 3 = Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung, 4 = Patient ist nur leicht krank, 5 = Patient ist deutlich krank, 7 = Patient ist schwer krank, 8 = Patient gehört zu den extrem schwer Kranken). Die Änderung des Gesundheitszustands unter Therapie wurde durch die Ärzte ebenfalls auf einer Skala von 1 bis 8 eingestuft (1 = nicht beurteilbar, 2 = Zustand ist sehr viel besser, 3 = Zustand ist viel besser, 4 = Zustand ist nur wenig besser, 5 = Zustand ist unverändert, 6 = Zustand ist etwas schlechter, 7 = Zustand ist viel schlechter, 8 = Zustand ist sehr viel schlechter).

Die Beeinträchtigung der Patienten durch unerwünschte Wirkungen der medikamentösen Therapie sollte auf einer Skala von 1 bis 4 eingestuft werden (1 = keine Beeinträchtigung, 2 = die Nebenwirkungen beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich, 3 = die Nebenwirkungen beeinträchtigen den Patienten wesentlich, 4 = die Nebenwirkungen überwiegen den therapeutischen Effekt).

Zuletzt erfolgte die Einstufung des therapeutischen Effekts auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = nicht beurteilbar, 2 = sehr gut – umfassende Besserung / vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome, 3 = mäßig – deutliche Besserung / teilweise Remission der Symptome, 4 = gering – leichte Besserung / eine weitere Behandlung des Patienten ist dennoch nötig, 5 = unverändert oder schlechter).

In einem weiteren Schritt wurde nun die so erfaßte ärztliche Einschätzung mit der bisher dokumentierten Patienteneinschätzung der erwünschten und

unerwünschten Arzneimittelwirkungen verglichen. Dabei interessierte die Frage, wie häufig eine Diskrepanz zwischen Patienteneinschätzung und ärztlicher Einschätzung festzustellen war.

Hinsichtlich der Beurteilung erwünschter Wirkungen ergab sich zwischen ärztlicher Einschätzung und Patienteneinschätzung bei 11 von 26 Patienten eine Diskrepanz, wobei 4 Patienten die erwünschte Medikamentenwirkung positiver als ihre behandelnden Ärzte einschätzten, und 7 Patienten die erwünschte Medikamentenwirkung negativer als ihre behandelnden Ärzte beurteilten.

Hinsichtlich der Beurteilung unerwünschter Wirkungen ergab sich zwischen ärztlicher Einschätzung und Patienteneinschätzung ebenfalls bei 11 von 26 Patienten eine Diskrepanz, wobei die unerwünschten Medikamentenwirkungen ärztlicherseits im Vergleich zur Patienteneinschätzung durchgehend als weniger gravierend beurteilt wurden.

Mehr als ein Drittel der befragten Patienten beurteilten somit das Ausmaß der erwünschten und unerwünschten Wirkungen ihrer Medikamente anders als die behandelnden Ärzte.

Andere Therapieverfahren im Vergleich zur medikamentösen Therapie aus Sicht der Patienten

Die Frage, ob die Patienten andere Therapieverfahren, wie z.B. Schlafentzug, Psychotherapie oder Elektrokrampftherapie einer medikamentösen Therapie vorzögen, wurde von 18 von 26 Patienten verneint. Von diesen 18 Patienten konnten sich allerdings 11 Patienten eine Gesprächs- oder Psychotherapie als Ergänzung vorstellen (1 Patient hatte zusätzlich positive Erfahrungen mit Schlafentzug gemacht). 5 von 26 Patienten gaben einer Psychotherapie den Vorzug, 1 Patient bevorzugte die Elektrokrampftherapie, und 2 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Damit betrachtete die Mehrheit der befragten Patienten die medikamentöse Behandlung als unverzichtbare, wenn nicht wichtigste Säule bei der Therapie ihrer Depression.

Frei verkäufliche Medikamente (wie beispielsweise Johanneskraut) in der Einschätzung der Patienten

Auf die offen formulierte Frage, was die Patienten von frei verkäuflichen Mitteln, wie z.B. Johanneskraut hielten, erklärten 6 von 26 Patienten, nicht an eine Wirkung von Johanneskraut oder anderen frei verkäuflichen Alternativpräparaten zu glauben. 1 Patient hielt diese Präparate zumindest bei schweren Depressionen für ungeeignet. 3 Patienten gaben an, bei ihnen habe Johanneskraut nicht geholfen, ohne jedoch ein allgemeines Urteil abgeben zu wollen. 10 von 26 Patienten hatten zu dieser Frage keine Meinung, und 6 Patienten sahen in Johanneskraut und anderen frei verkäuflichen Präparaten eine gute Alternative, oder waren diesen Medikamenten gegenüber aufgeschlossen.

Ein knappes Viertel der befragten Patienten erachtete somit frei verkäufliche Präparate, wie z.B. Johanneskraut als Alternative oder sinnvolle Ergänzung zur „schulmedizinischen“ Pharmakotherapie.

Stellenwert der Therapie mit Antidepressiva beim Heilungsprozess aus Sicht der Patienten

Die Frage, ob die Erkrankung der Patienten nach deren Meinung in erster Linie durch Medikamente heilbar sei, wurde von 12 von 26 Patienten bejaht. 4 dieser Patienten meinten jedoch einschränkend, daß dies nicht die einzige Therapieform sein dürfe (1 Patient stellte die eigene Mitarbeit am

Heilungsprozess heraus, und 2 Patienten hielten eine Gesprächs- oder Psychotherapie ergänzend für wichtig). 9 von 26 Patienten glaubten nicht, daß ihre Depression in erster Linie durch Medikamente heilbar sei, wobei 3 dieser Patienten darauf eingingen, welcher Therapieform sie einen wichtigeren Stellenwert einräumten: 1 Patient maß therapeutischen Gesprächen und der Unterstützung durch die Familie eine größere Bedeutung zu, 1 Patient erachtete die Psychotherapie als bedeutsamer, und 1 Patient sah für sich die Elektrokrampftherapie als am hilfreichsten. 5 Patienten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Auch hier bestätigte sich, daß der größte Teil der Patienten der medikamentösen Therapie den wichtigsten Stellenwert bei der Behandlung ihrer Depression einräumten.

Informationsquellen der Patienten bezüglich ihrer Medikamente

Durch eine Frage mit Mehrfachauswahl wurde versucht zu ermitteln, woher die befragten Patienten die Informationen über ihre Medikamente hauptsächlich beziehen. Folgende Informationsquellen waren dabei als Antworten vorgegeben:

1. der Beipackzettel, 2. Presse oder Fernsehen, 3. der Arzt, 4. Mitpatienten oder Bekannte, 5. andere Quellen.

Die Patienten sollten nun ihre Informationsquellen nach Wichtigkeit geordnet auswählen.

15 von 26 Patienten nannten den Arzt als wichtigste Informationsquelle (5 Patienten gaben ihn sogar als alleinige Informationsquelle an). Bei 11 von 26 Patienten rangierte der Beipackzettel an erster Stelle (1 Patient nannte ihn als alleinige Informationsquelle). Mitpatienten oder Bekannte rangierten, bis auf eine Ausnahme, wo sie als zweitwichtigste Quelle genannt wurden, regelmäßig an dritter Stelle und wurden in 10 von 26 Fällen aufgeführt. Presse oder Fernsehen wurden nur von 2 Patienten, einmal an zweiter und einmal an vierter

Stelle, als Informationsquelle zitiert. Weitere Quellen, wie z.B. Fachliteratur wurden ebenfalls nur von 2 Patienten genannt, jedoch jedesmal an letzter Stelle. Nach Wichtigkeit geordnet ergab sich bei den Informationsquellen demnach folgende Rangfolge:

Für die meisten Patienten war der Arzt die wichtigste Informationsquelle, dann folgte an zweiter Stelle der Beipackzettel, an dritter Stelle folgten dann Mitpatienten und Bekannte. Presse oder Fernsehen, sowie andere Quellen waren nur für eine kleine Minderheit der Patienten als Informationsquelle von Bedeutung.

Zufriedenheit der Patienten mit Art und Umfang der bisher erhaltenen Medikamenteninformationen

Die Frage, ob sich die Patienten ausreichend über Gefahren, sowie erwünschte und unerwünschte Wirkungen ihrer Medikamente informiert fühlten, wurde von 19 von 26 Patienten bejaht. 7 von 26 Patienten fühlten sich nicht ausreichend informiert und signalisierten weiteren Informationsbedarf.

Damit zeigte sich, daß zwar die große Mehrheit der befragten Patienten mit Art und Umfang der erhaltenen Medikamenteninformationen zufrieden war, jedoch bei einem nicht unerheblichen Teil der Patienten ein Informationsbedarf bestand, dem ärztlicherseits bisher nicht nachgekommen wurde.

4 DISKUSSION

4.1 *Diskussion der Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur*

4.1.1 Medikamentenkenntnisse

Medikamentennamen

Der gute Informationsstand der hier befragten Patienten hinsichtlich der Namen ihrer Medikamente – 85% der interviewten Patienten kannten die Handelsnamen ihrer derzeitigen Antidepressiva – scheint Ausdruck eines Trends zu verbesserter Patientenedukation zu sein, wie der Literaturvergleich belegt: Noch bei Geller, der 1982 ausnahmslos alle Patienten einer amerikanischen psychiatrischen Klinik zu ihren psychotropen Medikamenten befragte, konnten nur 31% der Patienten zumindest eines ihrer Medikamente nennen (Geller, 1982). 1989 waren es bei Luderer, der allerdings Patienten mit starken kognitiven Defiziten ausschloss, bereits 65% der Patienten, die wenigstens eines ihrer derzeitigen Medikamente nennen konnten (Luderer, 1989 b). 1996 zeigten sich in der kanadischen Studie von Tempier 93% der Patienten in der Lage, zumindest eines ihrer Medikamente zu nennen (Tempier, 1996) und bei Ruscher et al. waren es 1997 93,9% der Patienten, die sich zu den Namen ihrer psychotropen Medikamente orientiert zeigten (Ruscher et al., 1997). (Die Forschungsliteratur liefert hier allerdings nur Ergebnisse zu psychotropen Medikamenten allgemein und konzentriert sich nicht isoliert auf Antidepressiva).

Wirkungsqualitäten

Fast die Hälfte der befragten Patienten (46%) waren über die wesentlichen angestrebten Wirkungen von Antidepressiva vollständig orientiert, wobei

allerdings bedacht werden muß, daß eine Frage mit Mehrfachauswahl, wie sie in diesem Fall verwendet wurde, keine Abgrenzung von definitiven Kenntnissen und Vermutungen erlaubt. In jedem Fall ergibt unsere Befragung ein positiveres Bild vom Kenntnisstand der Patienten, als eine der wenigen zum Thema angestellten Untersuchungen von Luderer, bei welcher nur 32% der Patienten eine korrekte Vorstellung von den angestrebten Medikamentenwirkungen hatten (Luderer, 1989 b). Damit bestätigt unsere Befragung in der Tendenz eine Untersuchung von Sziel, der 1998 20 depressive Patienten zu ihren Medikamenten befragte: Hier wußte die Mehrheit der Patienten über die angestrebten Wirkungen ihrer Antidepressiva Bescheid (Sziel, 1998).

Latenzen erwünschter und unerwünschter Wirkungen

Die für die Compliance der Patienten relevante Information, daß unerwünschte Wirkungen von Antidepressiva unmittelbar nach Therapiebeginn auftreten können, eine Besserung von Krankheitssymptomen dagegen in der Regel zwei bis drei Wochen auf sich warten läßt, war nur 38% der befragten Patienten bekannt, wobei auch hier wieder die oben erwähnte Einschränkung für Fragen mit Mehrfachauswahl gelten muß. In diesem Punkt wies also der Wissensstand der sonst im Allgemeinen gut informierten Patienten ein deutliches Defizit auf. In wieweit dieses Ergebnis jedoch verallgemeinerbar ist, müßte eine breiter angelegte Untersuchung zeigen – die Forschungsliteratur liefert hierzu jedenfalls keine Daten. Sicherlich ist dieses Ergebnis ein Hinweis darauf, daß die Aufklärungsbemühungen der Ärzte bezüglich der Latenzen erwünschter und unerwünschter Wirkungen verstärkt werden müßten, zumal die Complianceforschung zeigt, daß etwa 30% der Patienten ihre Antidepressiva im Laufe des ersten Behandlungsmonats ohne ärztliche Anordnung absetzen (Kaplan, 1997).

Subdifferenzierung

Wieweit mit Antidepressiva behandelte Patienten in der Lage sind, eine Subdifferenzierung ihrer Wirkstoffgruppe vorzunehmen, wurde in der bisherigen Forschungsliteratur kaum untersucht. Sziel, der 1998 neben mit Neuroleptika und mit Hypnotika behandelten Patienten auch 20 depressive Patienten zu diesem Punkt befragte, kam zu der Vermutung, daß mit Antidepressiva behandelte Patienten kaum in der Lage seien, Unterscheidungsmerkmale verschiedener Antidepressiva zu nennen (Sziel, 1998). Bei unserer Befragung konnten jedoch immerhin 31% der Patienten auf eine offen formulierte Frage Unterscheidungskriterien verschiedener Antidepressiva anführen, wobei ein unterschiedliches Nebenwirkungsprofil, unterschiedliche Wirkungsqualitäten wie „antriebssteigernd“ und „beruhigend“ und die Einteilung in ältere trizyklische und neuere Antidepressiva als Stichworte genannt wurden. Auch konnte die Mehrheit der befragten Patienten (58%) zumindest ihr eigenes Medikament aus einer Reihe vorgegebener Antidepressiva der Gruppe der klassischen oder der Gruppe der neueren Antidepressiva zuordnen. Ebenso gelang der Hälfte der befragten Patienten eine Zuordnung vorgegebener Nebenwirkungen zur Gruppe der klassischen und zur Gruppe der neueren Antidepressiva. Damit ließ sich die Hypothese von Sziel, daß mit Antidepressiva behandelte Patienten im Vergleich zu mit Neuroleptika therapierten über die wesentlichen Einteilungskriterien innerhalb ihrer Medikamentengruppe kaum informiert sind, hier nicht in vollem Umfang bestätigen (Sziel, 1998), wenn auch die Aufklärungsbemühungen ärztlicherseits in dieser Hinsicht sicherlich verstärkt werden sollten.

Abhängigkeitspotential

Hinsichtlich eines angeblichen Abhängigkeitsrisikos von Antidepressiva scheinen bei den Patienten Informationsdefizite und Mißverständnisse verbreitet zu sein. Während 88% der befragten Patienten wußten, daß Hypnotika zu Abhängigkeit führen können, waren sich 38% der Patienten bei

Antidepressiva diesbezüglich unsicher, oder setzten hier sogar fälschlicherweise ein Abhängigkeitspotential voraus. Zur Frage des Abhängigkeitsrisikos von Neuroleptika fielen die Ergebnisse ebenso aus. Sziel war bei seiner Befragung zu ähnlichen Ergebnissen gekommen (Sziel, 1998) – allerdings sind die Befragtenzahlen bei Sziel, wie auch bei dieser Befragung zu klein, um eine definitive Aussage treffen zu können. In der Tendenz jedoch wird die von Benkert bei einer Repräsentativumfrage 1995 gemachte Beobachtung bestätigt, daß in der Bevölkerung nicht zwischen verschiedenen Psychopharmakagruppen differenziert wird, und man dazu neigt, Meinungen über Benzodiazepin- Tranquilizer zu generalisieren: 37% der Befragten hatten hier die verallgemeinernde Auffassung vertreten, Psychopharmaka machten süchtig (Benkert, 1995). Interessant ist nun, daß die hier interviewten, mit Antidepressiva behandelten Patienten bei dieser Frage gegenüber der Allgemeinbevölkerung keinen Informationsvorsprung zu haben scheinen, was auf mangelnden Erfolg der ärztlichen Aufklärungsbemühungen in diesem Punkt schließen läßt.

Wie wichtig eine realistische Einschätzung von Abhängigkeitspotential und Gewöhnungseffekt der eigenen Medikamente im Hinblick auf die Compliance ist, zeigte sich, als 31% der Patienten die im Rahmen dieses Interviews vorgegebene Aussage fälschlicherweise unterstützten, daß es ratsam wäre, hin und wieder eine Medikamentenpause einzulegen, damit der Körper sich nicht an das Medikament gewöhne.

Interaktionen

Daß es Interaktionen ihres Medikaments mit anderen Substanzen gibt, wie zum Beispiel mit Alkohol, Koffein und Medikamenten, war 88% der befragten Patienten bekannt. Auch bei der Befragung von Sziel zeigte sich die große Mehrheit – Dreiviertel der Patienten – zu dieser Frage informiert (Sziel, 1998). Mansbridge und Fisher, die allerdings den Informationsstand von Diazepam-Konsumenten untersuchten, kamen ebenfalls zu ähnlichen Ergebnissen. Bei

deren Studie wurde jedoch deutlich, daß offen formulierte Fragen im Vergleich zu Multiple- Choice- und dichotomen Fragen völlig andere Resultate erbringen: Auf eine offen formulierte Frage hin konnten nur 28% der Befragten ein Beispiel für eine Interaktion ihres Medikaments mit einer anderen Substanz anführen (Mansbridge und Fisher, 1984).

Was allerdings den Informationsstand mit Antidepressiva behandelter Patienten hinsichtlich der verstärkenden Wirkung von Alkohol betrifft, ergab sich bei unserer Befragung zur Untersuchung von Sziel ein deutlicher Unterschied: Während bei Sziel nur 50% der Patienten von der verstärkenden Wirkung von Alkohol wußten (Sziel, 1998), zeigten sich bei unserer Befragung 85% der Patienten zu diesem Punkt informiert.

4.1.2 Subjektives Erleben, Einstellungen, Bewertungen

Subjektives Erleben erwünschter Wirkungen

62% unserer Patienten konnten bei sich eine positive Wirkung ihres Medikaments feststellen und waren auch in der Lage, diese schlagwortartig zu beschreiben. Damit scheint sich auch in diesem Punkt der Trend zu besserer Patientenaufklärung und damit zu einer stärkeren Bewußtwerdung und Akzeptanz medikamentöser Einflüsse auf den Krankheitsprozess zu verdeutlichen: Noch bei den Befragungen allerdings diagnostisch heterogen zusammengesetzter psychiatrischer Patienten von La Roche und Ernst in den siebziger Jahren, sowie von Geller in den achtziger Jahren, hatten weniger als die Hälfte der Patienten bei sich eine positive Wirkung ihrer Medikamente erlebt (La Roche und Ernst, 1975; Geller, 1982). Bei Ruscher et al., die in den neunziger Jahren 148 ambulante und stationäre kanadische Patienten zu ihren Psychopharmaka befragten, wurden hingegen unsere Ergebnisse noch übertroffen: 82% der Patienten stellten hier eine positive Wirkung ihrer Medikamente auf ihre Erkrankung fest (Ruscher et al., 1997).

Sicherlich ist jedoch die Tatsache, daß sich heute mehr psychiatrische Patienten einer positiven Wirkung ihrer Medikation bewußt sind, als noch in früheren Jahrzehnten, nur teilweise einer besseren Patientenaufklärung zuzuschreiben. Eine große Rolle spielen dabei zweifellos auch die Verbesserung der Psychopharmakotherapie und die Einführung nebenwirkungsärmerer Medikamente.

Eine genauere Erfassung und Beschreibung des subjektiven Erlebens erwünschter Wirkungen von Psychopharmaka im Allgemeinen und Antidepressiva im Besonderen ist allerdings in der bisherigen Forschungsliteratur nicht zu finden. Auch bei unserer Befragung gelang dies nur fragmentarisch, da es den Patienten offensichtlich schwer fiel, die erlebten Medikamentenwirkungen darzustellen und die eigenen Eindrücke und Empfindungen nur schlagwortartig geäußert wurden. Auffällig war, daß die Wirkungsqualitäten „stimmungshebend“ und „beruhigend“ am häufigsten als

Schlagworte genannt wurden, um die erlebten erwünschten Wirkungen zu beschreiben. Ansonsten fielen die Äußerungen der Patienten sehr unterschiedlich aus, wobei die meisten bekannten erwünschten Wirkungen von Antidepressiva identifiziert werden konnten.

Patientenzufriedenheit

Die große Mehrzahl der befragten Patienten zeigte sich mit der medikamentösen Therapie und ihren behandelnden Ärzten zufrieden: Hinsichtlich ihrer Medikation äußerten 73% der Patienten Zufriedenheit, hinsichtlich der Einbeziehung der Patienten in Therapieentscheidungen durch ihre behandelnden Ärzte waren 81% der Patienten zufrieden, und im Hinblick auf das Eingehen der Ärzte auf von den Patienten verspürten Nebenwirkungen hatte keiner der Patienten etwas zu bemängeln.

Damit bestätigt sich hier der aus der Evaluationsforschung hervorgehende Befund, daß sich die Mehrheit der psychiatrischen Patienten in hohem Maß mit ihrer Therapie zufrieden zeigt, wie auch eine Untersuchung von Gruyters und Priebe aus den neunziger Jahren verdeutlicht (Gruyters und Priebe, 1994). Gruyters und Priebe kamen in ihrer Untersuchung außerdem zu dem Schluß, daß die Beurteilung der Therapie durch die Patienten nicht nur einen bedeutenden Einfluß auf den Genesungsprozess habe, sondern daß sie auch direkt prognosebestimmend für den Ausgang der psychiatrischen Behandlung sei. Darüber hinaus kann man sich vorstellen, daß die Compliance der Patienten entscheidend von deren Zufriedenheit mit Arzt und Therapie beeinflusst wird.

Subjektives Erleben unerwünschter Wirkungen

Hinsichtlich des subjektiven Erlebens unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva trat bei unsere Befragung ein Phänomen zu Tage, das sich bereits bei der Befragung von Sziel aus den neunziger Jahren (Sziel, 1998) sogar in noch stärkerem Maße gezeigt hatte: Die befragten Patienten ordneten

weit häufiger Symptome als selbst erlebte unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein, als dies die Ergebnisse von Fremdbeurteilungen aus der bisherigen Forschungsliteratur belegen (Grohmann et al., 1994; Stevens und Gaertner, 1996). Auch Dreher et al. hatten im Rahmen einer Studie festgestellt, daß die behandelnden Ärzte zwar 79% der von den Patienten als Nebenwirkung beklagten Symptome registrierten, diese aber nur zu 30% der Behandlung mit Antidepressiva zuschrieben (Dreher et al., 1999).

Deutlich wurde dieses Phänomen besonders bei den von unseren Patienten am häufigsten als Nebenwirkung erlebten Symptomen Mundtrockenheit, Tagesmüdigkeit, Gewichtszunahme und Obstipation. Mundtrockenheit hatten 88% unserer Patienten schon einmal als Nebenwirkung erlebt, während die AMÜP- Studie hier nur zu einem Ergebnis von 21% kommt. Tagesmüdigkeit, von unseren Patienten zu 62% bereits als Nebenwirkung erlebt, wurde von der AMÜP- Studie bei nur 5% der Patienten erfaßt. Gewichtszunahme schrieben 58% unserer Patienten ihren Medikamenten zu, während die AMÜP- Studie dies bei nur 0,5% der Patienten dokumentierte und Obstipation, von 46% unserer Patienten als Nebenwirkung beschrieben, wurde von der AMÜP- Studie bei nur 2% der Patienten erfaßt.

Doch auch bei anderen Symptomen zeigte sich diese Diskrepanz: So hatten 27% unserer Patienten das Symptom Unruhe subjektiv als Nebenwirkung erlebt (bei Ziel waren es sogar 67% der mit Antidepressiva behandelten Patienten), während die Untersuchungen von Grohmann et al. und Stevens und Gaertner, bei welchen die ärztliche Einschätzung zur Dokumentation der Häufigkeit von Nebenwirkungen herangezogen wurde, zu deutlich niedrigeren Werten kamen: 5% (Grohmann et al., 1994) bzw. 8% (Stevens und Gaertner, 1996). Sexualstörungen, als weiteres Beispiel, wurden von 19% unserer Patienten im Laufe ihrer medikamentösen Therapie beklagt (bei Ziel waren es sogar 42% der Antidepressivapatienten), wohingegen die AMÜP- Studie dies bei keinem der Patienten dokumentierte.

Um unseren Befund, daß die Patienten weit häufiger Beschwerden als unerwünschte Arzneimittelwirkungen einordnen, als dies ihre behandelnden

Ärzte tun, richtig einschätzen zu können, muß jedoch bedacht werden, daß zu einem gewissen Prozentsatz Nebenwirkungen von Antidepressiva auch unter Placebo beklagt werden (Stevens und Gaertner, 1996). Darüber hinaus ist zu bedenken, daß viele der Antidepressiva anzulastenden Symptome auch zum depressiven Krankheitsbild gehören (Breyer- Pfaff und Gaertner, 1987).

Auch unseren Patienten schien letzteres teilweise bewußt zu sein, denn auf die Frage, bei welchen Beschwerden die Patienten unsicher wären, ob sie den Medikamenten zuzuordnen seien, wurden vorwiegend Symptome genannt, die auch im Rahmen einer Depression auftreten können, wie Angst, Konzentrationsstörungen, Unruhe und Tagesmüdigkeit.

Bewertung der unerwünschten Wirkungen

Bei der Bestimmung der subjektiv als am schlimmsten empfundenen unerwünschten Wirkungen von Antidepressiva zeigte sich, daß psychische und neurologische Beschwerden fast durchgehend als am gravierendsten erlebt wurden. Nach Schweregrad geordnet empfanden die Patienten die Symptome Angst, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen (als einziges nicht psychiatrisch- neurologisches Symptom) und innere Unruhe als am schwersten erträglich. Auch bei der Frage, welche Nebenwirkungen die Patienten keinesfalls bereit wären in Kauf zu nehmen, wurden die psychischen Beschwerden Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen und Angstzustände am häufigsten genannt.

Damit geraten unsere Ergebnisse in Widerspruch zu der Beobachtung von Sziel, daß die Patienten die häufigen vegetativen unerwünschten Wirkungen Mundtrockenheit, Gewichtszunahme und Obstipation als am gravierendsten empfänden (Sziel, 1998). Bestätigt werden unsere Ergebnisse allerdings durch die neuere Complianceforschung, die deutlich macht, daß psychische unerwünschte Wirkungen für die Patienten schwerwiegender sind, als die Nebenwirkungen vegetativer Art (Demyttenaere, 1997).

Auffällig war jedoch, daß auf die Frage, welche Nebenwirkungen die Patienten keinesfalls bereit wären in Kauf zu nehmen, bis auf das Symptom Herzrhythmusstörungen, schwerwiegende unerwünschte Wirkungen wie Leberschädigung und Blutbildveränderungen kaum genannt wurden. So kann man annehmen, daß die sehr seltenen gravierenden Nebenwirkungen im Bewußtsein der Patienten kaum eine Rolle spielen und möglicherweise sogar teilweise unterschätzt werden.

Das Risiko dauerhaft gesundheitsgefährdender oder lebensbedrohlicher unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva wurde jedenfalls von 73% der befragten Patienten realistischerweise als gering bis sehr gering eingeschätzt und nur von 15% der Patienten als relativ hoch angesehen, so daß davon ausgegangen werden kann, daß unbegründete Befürchtungen im Hinblick auf Antidepressiva bei den Patienten nicht sehr weit verbreitet sind.

Andererseits nannten 46% der befragten Patienten als größte Sorge hinsichtlich einer langjährigen Einnahme von Antidepressiva das Auftreten organischer Schäden, wobei man einräumen muß, daß dies mit letzter Sicherheit nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Bewertung unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva durch die Patienten ist mit Sicherheit für die Compliance von hoher Relevanz. Dies zeigte sich auch bei unserer Befragung, denn auf die Frage, was für die Patienten am ehesten ein Grund wäre, die medikamentöse Therapie auch ohne ärztliche Zustimmung zu beenden, nannten 42% der Patienten unerträgliche Nebenwirkungen als Grund. Andere Gründe, wie vollständiges Wohlbefinden und Wirkungslosigkeit der Medikation, wurden weitaus seltener angeführt. Allerdings ist zu bedenken, daß eine so komplexe Materie, wie die Patientencompliance, sich nicht auf wenige Einflüsse zurückführen läßt, und daß neben den unerwünschten Arzneimittelwirkungen weitere Faktoren, wie Informationsdefizite der Patienten hinsichtlich ihrer Erkrankung und deren Therapie, sowie negative Einstellungen und Überzeugungen der Patienten ihren Medikamenten gegenüber, mitentscheidend sind (Frank, 1997).

Bewertung der medikamentösen Therapie

Schon bei der Frage nach dem subjektiven Erleben erwünschter Wirkungen von Antidepressiva hatte sich gezeigt, daß die Mehrheit unserer Patienten ihr Medikament als hilfreich erlebten. Als es nun darum ging, die Einstellung der befragten Patienten ihren Medikamenten gegenüber zu eruieren, wurde deutlich, daß ebenfalls die Mehrheit der Patienten (54%) zu ihren Medikamenten durchaus positiv eingestellt war und die regelmäßige Medikamenteneinnahme als Hilfe und Stütze ansah. Ein weiterer relativ großer Anteil unserer Patienten (38%) akzeptierte die medikamentöse Therapie als „notwendiges Übel“, und nur wenige Patienten (8%) äußerten ihren Medikamenten gegenüber eine negative Einstellung und sahen in ihrer medikamentösen Therapie einen Grund zur Beunruhigung. Weiterhin zeigte sich, daß ärztliche Aufklärungsbemühungen einerseits und das Überwiegen erwünschter Arzneimittelwirkungen andererseits offensichtlich bei einem großen Teil der Patienten dazu beigetragen hatten, anfängliche Vorbehalte Antidepressiva gegenüber abzulegen: 50% der Patienten gaben an, früher im Hinblick auf Antidepressiva ablehnender als zum Zeitpunkt der Befragung gewesen zu sein.

Ein Literaturvergleich läßt sich diesbezüglich jedoch nicht anstellen, da zur Einstellung depressiver Patienten hinsichtlich ihrer Medikamente bisher keine genaueren Untersuchungen vorliegen – lediglich zu schizophrenen Patienten gibt es diesbezüglich einige Studien, wie die Arbeit von Day et al., bei der eine Klassifizierung der Patienten nach verschiedenen prototypischen Einstellungen gegenüber der Neuroleptikamedikation vorgenommen wurde (Day et al., 1996).

Was die Bewertung der medikamentösen Therapie durch die Patienten hinsichtlich einer verbesserten Lebensqualität angeht, zeigte sich bei dieser Befragung, daß 73% der Patienten ihre Lebensqualität in zumindest einem von vier Bereichen ihres psychosozialen Lebens – Interessen und Aktivitäten in der Freizeit, berufliche Belastbarkeit, Kontakt zu Freunden und Bekannten und allgemeines Wohlbefinden – durch ihre Medikamente verbessert sahen. Erstaunlich ist dabei, daß die Anzahl der Patienten, die eine

medikamentenbedingte Verbesserung ihrer Lebensqualität äußerten, um 11% größer war, als die Anzahl derer, die eine positive Wirkung ihrer Medikamente bei sich feststellten, bzw. beschreiben konnten. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, daß es sich bei der Frage nach der Lebensqualität der Patienten, im Gegensatz zur Frage nach dem subjektiven Erleben erwünschter Wirkungen, um keine offen formulierte Frage handelte.

Bei der Befragung von Sziel lag der Anteil der psychiatrischen Patienten, die ihre Lebensqualität durch ihre Medikamente verbessert sahen, unter 50% und war damit wesentlich niedriger als bei unserer Befragung (Sziel, 1998). Sziel hatte allerdings bei seinen Antwortvorgaben auf generalisierende Formulierungen wie „allgemeines Wohlbefinden“ verzichtet und sich gezielt auf die Abfragung der Bereiche Beruf, Privatleben und zwischenmenschliche Beziehungen konzentriert, was die vergleichsweise schlechtere Bewertung der medikamentösen Therapie durch seine Patienten hinsichtlich einer verbesserten Lebensqualität erklären könnte. Auch Windgassen hatte - allerdings bei schizophrenen Patienten - die wahrscheinlich auch auf depressiv Erkrankte übertragbare Beobachtung gemacht, daß allgemein gehaltene Fragen zu positiveren Ergebnissen führen, als auf bestimmte Aspekte fokussierte (Windgassen, 1992). Bei unserer Befragung wurde diese Beobachtung zusätzlich dadurch bestätigt, daß in den gezielt abgefragten Bereichen Beruf, Privatleben und zwischenmenschliche Beziehungen weit weniger Patienten ihre Lebensqualität verbessert sahen, als bei ihrem allgemeinen Wohlbefinden.

Daß die medikamentöse Therapie von Patienten und behandelnden Ärzten häufig völlig unterschiedlich bewertet wird, hatten wir bereits bei der Diskussion des subjektiven Erlebens unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva festgestellt. Bei der Befragung der jeweils behandelnden Ärzte wurde dies nun ebenfalls deutlich: Sowohl bei der Beurteilung erwünschter Wirkungen, als auch bei der Beurteilung unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva ergab sich zwischen ärztlicher Einschätzung und Patienteneinschätzung in 42% der Fälle eine Diskrepanz. Dabei wurden die unerwünschten Medikamentenwirkungen

ärztlicherseits im Vergleich zur Patienteneinschätzung durchgehend als weniger gravierend beurteilt, was den Schluß nahelegt, daß die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, trotz aller Fortschritte, auf diesem Gebiet noch deutlich verbessert werden müßte.

Obwohl die Bewertung der medikamentösen Therapie durch die Patienten häufig weniger positiv ausfiel, als durch ihre behandelnden Ärzte, zeigt unsere Befragung doch in vielen Punkten, daß Antidepressiva, trotz starker Beeinträchtigung vieler Patienten durch Nebenwirkungen, für die Mehrheit einen erstrangigen Stellenwert bei der Therapie ihrer Depression einnahmen. Andere Therapieverfahren, wie Psychotherapie, Schlafentzug oder Elektrokrampftherapie wurden von den meisten Patienten nur als Ergänzung akzeptiert, und lediglich 23% der Patienten erachteten frei verkäufliche Präparate, wie z.B. Johanneskraut als Alternative oder sinnvolle Ergänzung zur „schulmedizinischen“ Pharmakotherapie.

Informationsbedarf der Patienten

27% der befragten Patienten äußerten Unzufriedenheit über Art und Umfang der bisher erhaltenen Medikamenteninformationen. Damit kommt dieses Ergebnis den Resultaten einer Studie von Tempier nahe, bei der 19% seiner diagnostisch heterogen zusammengesetzten psychiatrischen Patienten unzufrieden mit den erhaltenen Informationen waren (Tempier, 1996). Tempier stellte darüber hinaus fest, daß trotz der relativ großen Zufriedenheit seiner Patienten hinsichtlich ihrer erhaltenen Informationen, 43% dennoch eine Wiederholung der Informationen und 59% zusätzliche Informationen erbaten. Aus den trotz ihres allgemein guten Informationsstandes immer wieder sichtbaren Wissenslücken unserer Patienten kann man schließen, daß dies bei unseren Patienten nicht wesentlich anders sein dürfte. So läßt sich die Hypothese formulieren, daß nach wie vor der Informationsbedarf depressiver Patienten das Informationsangebot übersteigt, und daß die

Aufklärungsbemühungen im Hinblick auf Antidepressiva ärztlicherseits weiterhin verstärkt werden sollten.

4.2 Methodische Probleme

Wegen der kleinen Zahl und der Selektion der Befragten haben die Ergebnisse dieser Arbeit nur eine begrenzte Aussagefähigkeit. In diesem Sinne kann hier nur von einer hypothesengenerierenden Arbeit gesprochen werden, deren Ergebnisse anhand größerer Patientenzahlen statistisch erst überprüft werden müßten.

Bezüglich der Patientenselektion muß darauf hingewiesen werden, daß die Patientenzusammensetzung psychiatrischer Universitätskliniken nicht repräsentativ ist. Der Anteil chronisch hospitalisierter und kognitiv eingeschränkter Patienten ist hier wohl geringer als andernorts. Auch kann man annehmen, daß die Aufklärungsbemühungen an psychiatrischen Universitätskliniken einen größeren Raum einnehmen, als in anderen psychiatrischen Einrichtungen.

Weiterhin setzte die Befragung eine gewisse kognitive Leistungsfähigkeit und natürlich auch die Bereitschaft zur Teilnahme voraus. In diesem Zusammenhang ist der von Gruyters und Priebe stammende Hinweis zu bedenken, daß der Anteil negativ zur Therapie eingestellter Patienten unter denjenigen, die eine solche Befragung verweigern, überdurchschnittlich hoch sei (Gruyters und Priebe, 1994). Demnach würde es nicht überraschen, wenn eine sich jeglicher Selektion enthaltende repräsentative Untersuchung, im Hinblick auf Informationsstand und subjektiver Therapiebewertung der Patienten, zu deutlich negativeren Ergebnissen käme als diese Befragung.

Ein weiteres methodisches Problem ergibt sich aus den bei diesem Interview angewandten Frageformen. So war es bei der Überprüfung der Medikamentenkenntnisse infolge der Anwendung von Fragen mit

Mehrfachauswahl häufig nicht möglich, zwischen Kenntnissen und Vermutungen der Patienten zu unterscheiden. Andererseits ließen offen formulierte Fragen häufig unklar, wieweit doch vorhandenes Wissen im Moment der Befragung von den Patienten nicht aktiviert werden konnte.

Auch für die Klärung der Frage, wieweit sich hinter subjektiv als unerwünschte Medikamentenwirkungen erlebten Beschwerden Krankheitssymptome oder Placeboeffekte verbergen, konnte kein befriedigender methodischer Ansatz gefunden werden und ist auch in der bisherigen Forschungsliteratur nicht zu finden.

Zusätzlich ergibt sich bei den Aussagen psychiatrischer Patienten immer das Problem einer Verzerrung durch die Psychopathologie. Da eine depressive Erkrankung die Wahrnehmung von Zufriedenheit stark beeinflusst, ist es durchaus denkbar, daß sich in einigen Fällen bei der Therapiebewertung durch den Patienten in erster Linie dessen Erkrankung niederschlägt (Diamond, 1985; Priebe et al., 1996).

Eine Umgehung der meisten dieser methodischen Probleme wäre allerdings nur durch einen Verzicht auf die Erfassung der subjektiven Sichtweise des Patienten möglich, womit unser Forschungsgegenstand letztlich verfehlt würde - schließlich muß es ja darum gehen, die Meinung des Patienten als Erfolgskriterium wirklich ernst zu nehmen.

4.3 Schlußfolgerungen

Obwohl die Patienten teilweise gute Kenntnisse ihrer Medikamente zeigten, was vor allem bei Medikamentennamen, sowie erwünschten Wirkungen von Antidepressiva und deren Interaktionen mit anderen Substanzen deutlich wurde, kamen doch Schwachstellen bei den Medikamentenkenntnissen der Patienten zu Tage. Diese lassen darauf schließen, daß depressive Patienten beispielsweise noch zu wenig hinsichtlich der Latenzzeiten erwünschter und unerwünschter Wirkungen, des fehlenden Abhängigkeitspotentials und der

wesentlichen Einteilungsprinzipien innerhalb ihrer Medikamentengruppe aufgeklärt werden. Möglicherweise wird bei den Aufklärungsbemühungen noch zu wenig auf eine Wiederholung der Informationen und auf das Aufspüren von Unklarheiten Wert gelegt. Die bereits erwähnte Studie von Tempier, bei der 43% der psychiatrischen Patienten eine Wiederholung der Medikamenteninformationen und 59% weitergehende Informationen wünschten, zeigt jedenfalls, daß der Informationsbedarf der Patienten nicht unterschätzt werden sollte (Tempier, 1996). Auch die Ergebnisse unserer Befragung deuten in diese Richtung: Immerhin zeigten sich 27% der Patienten mit den erhaltenen Medikamenteninformationen unzufrieden.

Des weiteren verdeutlicht die bei dieser Arbeit sichtbar werdende Diskrepanz zwischen ärztlicher Einschätzung und Patienteneinschätzung bei der Bewertung der medikamentösen Therapie, daß die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Hinblick auf die Einordnung subjektiv erlebter erwünschter und unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva verbessert werden müßte – sowohl zur Erhöhung der Medikamentencompliance, als auch zur Herstellung einer wirklichen therapeutischen Kooperation.

5 ZUSAMMENFASSUNG

26 vorwiegend depressive Patienten ohne wesentliche kognitive Beeinträchtigungen, wurden mittels eines strukturierten Interviews zu ihren Kenntnissen von Antidepressiva, sowie ihrem subjektiven Erleben und ihren Bewertungen dieser Wirkstoffgruppe befragt. Dabei verdeutlichte sich, daß die in der pharmakopsychiatrischen Therapie zunehmend betriebenen Aufklärungsbemühungen durchaus Wirkung zeigen und ein großer Teil der Patienten gute Kenntnisse ihrer Medikamente aufwies: 85% der Patienten kannten die Handelsnamen ihrer derzeitigen Medikamente, 46% waren vollständig über die wesentlichen angestrebten Wirkungen von Antidepressiva orientiert und mehr als 80% wußten, daß es Interaktionen von Antidepressiva mit anderen Substanzen gibt – insbesondere, daß Alkohol deren unerwünschte Wirkungen verstärkt.

Es gab bei den überwiegend guten Medikamentenkenntnissen der Patienten jedoch auch Schwachstellen. So war die für die Compliance der Patienten durchaus relevante Kenntnis der unterschiedlichen Latenzzeiten erwünschter und unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva nur bei 38% der Patienten vorhanden, und die absolut therapierelevante Information, daß Antidepressiva nicht abhängig machen, war bei einem großen Teil der Patienten (38%) nicht gegeben.

Bei der Erfassung des subjektiven Erlebens unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva zeigte sich, daß die Patienten weit häufiger Symptome als Nebenwirkung einordneten, als dies die Ergebnisse von Fremdbeurteilungen aus der bisherigen Forschungsliteratur belegen. Psychische und neurologische Beschwerden wurden dabei als am gravierendsten erlebt. Des weiteren stützen Ergebnisse unserer Befragung die Hypothese, daß die Beeinträchtigung der Patienten durch Nebenwirkungen ärztlicherseits häufig unterschätzt wird: 42% sahen sich durch unerwünschte Medikamentenwirkungen stärker beeinträchtigt, als dies ihre behandelnden Ärzte beschrieben.

Bei der Erfassung des subjektiven Erlebens erwünschter Wirkungen von Antidepressiva wurde deutlich, daß die Mehrheit der Patienten bei sich eine

positive Wirkung ihres Medikaments feststellte und auch beschreiben konnte. Auch zeigten sich die allermeisten Patienten mit der medikamentösen Therapie und ihren behandelnden Ärzten zufrieden. Die Patienten waren mehrheitlich ihren Medikamenten gegenüber positiv eingestellt und sahen ihre Lebensqualität durch die medikamentöse Therapie verbessert.

Die Ergebnisse dieser Befragung weisen also darauf hin, daß trotz zunehmender Edukationsbemühungen immer noch deutliche Schwachstellen bei den Medikamentenkenntnissen depressiver Patienten existieren. Demnach müßte verstärkt dafür gesorgt werden, Vorurteile hinsichtlich eines angeblichen Abhängigkeitspotentials aller Psychopharmaka auszuräumen. Außerdem sollten die Patienten besser über die Latenzzeiten erwünschter und unerwünschter Wirkungen von Antidepressiva aufgeklärt werden. Darüber hinaus zeigt diese Befragung, daß die Kommunikation zwischen Arzt und depressivem Patient hinsichtlich der Einordnung subjektiv als Nebenwirkung erlebter Symptome intensiviert werden muß.

6 ANHANG: Fragebogen

1 Medikamentenkenntnisse

1.1 Welche Medikamente nehmen sie ein?

1.2 Welche drei der aufgeführten Wirkungen halten Sie für typische Wirkungen von Antidepressiva?

- beruhigend
- schmerzstillend
- antriebssteigernd
- stimmungsaufhellend
- gedankenordnend

1.3 Wann denken Sie setzt die antidepressive Wirkung ein, und wann denken Sie beginnen die Nebenwirkungen?

- unmittelbar nach Therapiebeginn
- nach einigen Tagen
- etwa nach der zweiten Woche

1.4 Können Sie Merkmale nennen, wodurch sich einzelne Antidepressiva voneinander unterscheiden?

1.5 Welche der folgenden Medikamente würden Sie eher den klassischen Antidepressiva zuordnen, welche eher den neueren?

1.) Saroten

2.) Stangyl

3.) Fluctin

4.) Cipramil

5.) Aponal

6.) Tolvin

7.) Aurorix

8.) Fevarin

1.6 Welche der folgenden Gruppen von Nebenwirkungen sind eher charakteristisch für klassische Antidepressiva, welche eher für neuere?

a) Verstopfung

Verschwommenes Sehen

Schwindel

Mundtrockenheit

b) Übelkeit

Kopfschmerz

Schlafstörungen

1.7 Welche der folgenden Medikamente können bei längerer Einnahme zu Abhängigkeit führen?

- Schlafmittel
- Antidepressiva
- Neuroleptika

1.8 Wäre es ratsam, ab und zu eine Medikamentenpause einzulegen, damit der Körper sich nicht an das Medikament gewöhnt?

1.9 Gibt es Wechselwirkungen von Antidepressiva mit anderen Substanzen, wie z.B. mit Alkohol, Koffein und Medikamenten?

1.10 Wie wirken Antidepressiva im Zusammenhang mit Alkohol?

- a) Alkohol verstärkt die Nebenwirkungen
- b) Alkohol schwächt sie ab

2 Subjektives Erleben, Einstellungen, Bewertungen

2.1 Wie erleben Sie, von den Nebenwirkungen zunächst abgesehen, die Wirkungen Ihres Medikaments?

2.2 Haben Sie den Eindruck, daß Sie die richtigen Medikamente einnehmen, und daß die Dosis Ihrer Medikamente richtig gewählt ist?

2.3 Nimmt Ihr Arzt Anregungen zur Änderung der Medikation oder der Dosis auf?

2.4 Haben Sie früher mit anderen Medikamenten bessere, bzw. schlechtere Erfahrungen gemacht?

2.5 Haben Sie den Eindruck, daß Sie mit den Ärzten über die von Ihnen verspürten Nebenwirkungen sprechen können und diese ernst genommen werden ?

2.6 Welche Nebenwirkungen haben Sie erlebt, und wenn sie aufgetreten sind, welche haben Sie als besonders schwer erträglich empfunden?

Mundtrockenheit

Beschwerden beim Wasserlassen

Verstopfung

Gewichtszunahme

Verschwommenes Sehen

Schwindel

Zittern der Hände

Geschwollene Füße

Angstzustände

Tagesmüdigkeit

Schlafstörungen

Innere Unruhe

Übelkeit

Kopfschmerzen

Sexualstörungen

Konzentrationsstörungen

Gedächtnisstörungen

Blutbildveränderungen

1 = erträglich

2 = schwer erträglich

3 = unerträglich

2.7 Welche der genannten Nebenwirkungen haben Sie zur Zeit?

2.8 Wie hoch schätzen Sie das Risiko einer bedrohlichen Nebenwirkung ein, wie beispielsweise Herzrhythmusstörungen, schwere Veränderungen des Blutdruckes, des Blutbildes, schwere Leberschädigungen, epileptische Anfälle oder Delirien?

a) hoch

b) gering

c) sehr gering

2.9 Besteht in einem solchen Fall die Möglichkeit einer Erholung des Patienten nach Absetzen oder Dosisreduktion des Medikaments?

2.10 Welche der obengenannten Nebenwirkungen würden Sie auch in Kauf nehmen, welche keinesfalls?

2.11 Was wäre für Sie am ehesten ein Grund, die medikamentöse Therapie auch ohne ärztliche Zustimmung abzusetzen?

2.12 Was sind bezüglich der Nebenwirkungen Ihre größten Sorgen bei einer langjährigen Einnahme?

2.13 Welche Beschwerden haben Sie eindeutig als Medikamentennebenwirkung erlebt, bei welchen waren Sie sich unsicher, ob sie den Medikamenten zuzuordnen sind?

2.14 Hat sich Ihre Einstellung zur medikamentösen Behandlung im Verlauf der Therapie geändert?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| a) Ich sehe die Medikamente als notwendiges Übel. | 1.) vor mehreren Monaten bzw. Jahren |
| b) Sie erinnern mich daran, daß ich nicht gesund bin. | |
| c) Die Medikamente beunruhigen mich, da ich nicht weiß, wie weit sie meine Persönlichkeit verändern. | 2.) vor einigen Wochen |
| d) Die regelmäßige Medikamenteneinnahme ist mir eine Hilfe und Stütze | 3.) heute |

2.15 Hat sich Ihre Lebensqualität durch die medikamentöse Therapie verbessert hinsichtlich

- a) der beruflichen Belastbarkeit?
- b) der Interessen und Aktivitäten in der Freizeit?
- c) des Kontakts zu Freunden und Bekannten?
- d) des allgemeinen Wohlbefindens?

2.16 Würden Sie andere Therapien vorziehen, wie z. B. Schlafentzug, Psychotherapie, Elektrokrampftherapie?

2.17 Was halten Sie von frei verkäuflichen Mitteln, wie z.B. Johanneskraut?

2.18 Ist Ihrer Meinung nach Ihre Depression in erster Linie durch Medikamente heilbar?

2.18 Woher haben Sie die Informationen über Ihre Medikamente?

1.) vom Beipackzettel; 2.) aus Presse oder Fernsehen; 3.) vom Arzt; 4.) von Mitpatienten oder Bekannten; 5.) aus anderen Quellen.

Bitte geben Sie die wichtigste Informationsquelle zuerst an, dann nach Wichtigkeit geordnet die anderen.

2.20 Fühlen sie sich ausreichend über Wirkungen, Nebenwirkungen und Gefahren Ihrer Medikamente informiert?

7 LITERATURVERZEICHNIS

- (1) Benkert, O., Kepplinger, H.M., Sobota, K. (1995): Psychopharmaka im Widerstreit: eine Studie zur Akzeptanz von Psychopharmaka – Bevölkerungsumfrage und Medienanalyse. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- (2) Blackwell, B. (1982): Antidepressant drugs: side effects and compliance. *J. Clin. Psychiatry* 43, 14-8.
- (3) Book, H.E. (1987): Some psychodynamics of non-compliance. *Can. J. Psychiatry* 32, 115-7.
- (4) Breyer-Pfaff, U., Gaertner, H.J. (1987): Antidepressiva: Pharmakologie, therapeutischer Einsatz und Klinik der Depression. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- (5) Danckwardt, J.F. (1978): Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. *Psyche* 32, 111-53.
- (6) Day, J.C., Bentall, R.P., Warner, S. (1996): Schizophrenic patients' experiences of neuroleptic medication: a Q-methodological investigation. *Acta Psychiatr. Scand.* 93, 397-402.
- (7) Demyttenaere, K. (1997): Compliance during treatment with antidepressants. *Journ. Affect. Disorders* 43, 27-39.
- (8) Diamond, R. (1985): Drugs and the quality of life: the patient's point of view. *J. Clin. Psychiatry* 46, 29-35.
- (9) Dreher, J., Kolbinger, M., Rodriguez de la Torre, B., Bagli, M., Malevanyi, J., Rao, M.L. (1999): Selbstbeurteilungsfragebogen für Arzneimittelnebenwirkungen und Anwendung im Rahmen einer Studie mit Antidepressiva. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 67,163-174.
- (10) Finn, S.E., Bailey, J.M., Schultz, R.T., Faber, R. (1990): Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychol. Med.* 20, 843-8.
- (11) Frank, E. (1997): Enhancing patient outcomes: treatment adherence. *J. Clin. Psychiatry* 58 (Suppl. 1), 11-14.

- (12) Geller, J.L. (1982): State hospital patients and their medication – do they know what they take? *Am. J. Psychiatry* 139, 611-5.
- (13) Grohmann, R., Rüter, E., Schmidt, L.G. (Hrsg.) (1994): *Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka. Ergebnisse der AMÜP-Studie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- (14) Gruyters, T., Priebe, S. (1994): Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatr. Prax.* 21, 88-95.
- (15) Hunt, S.M., McKenna, S.P. (1992): The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 22, 307-19.
- (16) Johnson, D.A. (1981): Depression: treatment compliance in general practice. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 290, 447-53.
- (17) Kaplan, E.M. (1997): Antidepressant noncompliance as a factor in the discontinuation syndrome. *J. Clin. Psychiatry* 58 (Suppl. 7),31-6.
- (18) Kennedy, S.H., Eisfeld, B.S., Cooke, R.G. (2001): Quality of life: an important dimension in assessing the treatment of depression? *J. Psychiatry Neurosci.* 26 (Suppl.), 23-8.
- (19) Krausz, M., Sorgenfrei, T. (1991): Der therapeutische Umgang mit Neuroleptika II: subjektive Wirkungsfaktoren, Compliance und Konsequenzen für die Behandlungsstrategie. *Psychiatr. Prax.* 18, 14-20.
- (20) La Roche, C., Ernst, K. (1975): Die psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärzten. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 220, 107-16.
- (21) Larsen, E.B., Gerlach, J. (1996): Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and Quality of life in chronic schizophrenic outpatients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr. Scand.* 93, 381-8.
- (22) Linden, M. (1980): Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika. *Arzneimittelforschung* 30, 1195.
- (23) Luderer, H.J. (1989 b): Kenntnis von Diagnose und medikamentöser Behandlung bei psychisch Kranken. *Nervenarzt* 60, 213-19.
- (24) Mansbridge, B., Fisher, S. (1984): Public knowledge and attitudes about diazepam. *Psychopharmacology* 82, 225-8.

- (25) Priebe, S., Kaiser, W., Huxley, P. (1996): Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen* 58 (Sonderheft 1), 86-90.
- (26) Ruscher, S., de Wit, R., Mazmanian, D. (1997): Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services* 48, 82-5.
- (27) Soskis, D.A. (1978): Schizophrenic and medical inpatients as informed drug consumers. *Arch. Gen. Psychiatry* 35, 645-7.
- (28) Stevens, I., Gaertner, H.J. (1996): Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei neueren Antidepressiva. *Nervenheilkunde* 15, 85-91.
- (29) Sziel, U.: Psychotrope Substanzen – Antidepressiva, Neuroleotika, Hypnotika – aus der Sicht der Patienten. Med. Dissertation, Universität Tübingen
- (30) Tempier, R. (1996): Long-term psychiatric patients' knowledge about their medication. *Psychiatric Services* 47, 1385-7.
- (31) Windgassen, K. (1989): Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten: Untersuchungen des Behandlungsverlaufs und der neuroleptischen Therapie unter pathischem Aspekt. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- (32) Windgassen, K. (1992): Treatment with neuroleptics: the patient's perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* 86, 405-10.

8 ABKÜRZUNGEN

SSRI	Selektive(r) Serotoninrückaufnahmeinhibitor(en)
MAOI	Monoaminoxidaseinhibitor
AMÜP	„Arzneimittel- Überwachung in der Psychiatrie“ – (eine auf Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie 1978 gegründete Arbeitsgruppe)

9 DANKSAGUNG

Dieser Dank gilt all jenen, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Insbesondere gilt dies für:

Frau P.D. Dr. med. I. Gaertner für die Überlassung des Themas, sowie die überaus geduldige und umfangreiche Betreuung während allen Stadien der Arbeit.

Allen Patienten, die sich bereit fanden, an dieser Befragung teilzunehmen.

Meinen Eltern, die mir das Studium der Humanmedizin ermöglichten.

Ganz besonderer Dank gilt meiner Frau Ljilja, ohne deren moralische und finanzielle Unterstützung das zügige Voranschreiten meines Studiums und das Gelingen dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

10 LEBENS LAUF

Name	Alexander Ludwig
Geburtsdatum	07.06.1973
Geburtsort	Knittlingen
Eltern	Herbert Ludwig Ulrike Ludwig
1980 – 1994	Goetheschule Freie Waldorfschule, Pforzheim
09/1994 – 03/1995	Tätigkeit als Altenpflegehelfer im Seniorenzentrum Bethesda in Bauschlott
04/1995 – 11/2002	Studium der Humanmedizin an der Universität Tübingen
02/2000 – 06/2003	Freiberufliche Tätigkeit in der ambulanten Krankenpflege im Auftrag der MHP Mobile Hauskrankenpflege GmbH in Tübingen
seit 07/2003	AIP am Krankenhaus Siloah in Pforzheim

