

Thomas Stegemann^a | Paul L. Plener^b

Musiktherapie und Psychopharmakotherapie – Teil II: Antidepressiva/Antimanika und Phasenprophylaktika

Antidepressiva/Antimanika und Phasenprophylaktika

Exkurs

Im »Il Giornale della Musica«, einem italienischen Online-Musikmagazin, erschien im Mai dieses Jahres ein Artikel mit dem aufhorchen lassenden Titel: »Come vendere psicofarmaci con il jazz« (zu Deutsch: »Wie man Psychopharmaka mit Jazz verkauft«). Enrico Bettinello (2020), Performing Arts/Musik-Kurator und Schriftsteller, beschreibt in diesem Aufsatz, wie in den 1960er-Jahren in den USA die Pharma-Firma Merck Sharp & Dohme mit einer Jazz- und Blues-Compilation Werbung für ein neu auf den Markt gekommenes Antidepressivum machte (Amitriptylin, Handelsname Elavil®). Das neue Medikament wurde zusammen mit der LP »symposium in blues« – von RCA Victor produziert – als Werbegeschenk an Ärzt.

innen in den USA verteilt (siehe Abb. 1a). Auf dem Tonträger finden sich Aufnahmen wie »Rocks in My Bed« (gleich in zwei Versionen: mit Leroy Carr als erster Titel der Seite 1 und als letztes Stück auf Seite 2 mit Joe Williams), »Lonesome Road« (Lonnie Johnson), »What Have I Done Wrong?« (Walter Davies), »Black, Brown, and Beige: The Blues« (Duke Ellington) oder »Blues for Yesterday« (Louis Armstrong). Auch in Deutschland wurde dieses Marketing-Konzept angewendet, allerdings für ein anderes Antidepressivum (siehe Abb. 1b). Bettinello



Abbildung 1a. Schallplattencover von »symposium in blues« (RCA Victor, 1966)

a Institut für Musiktherapie, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien

b Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien

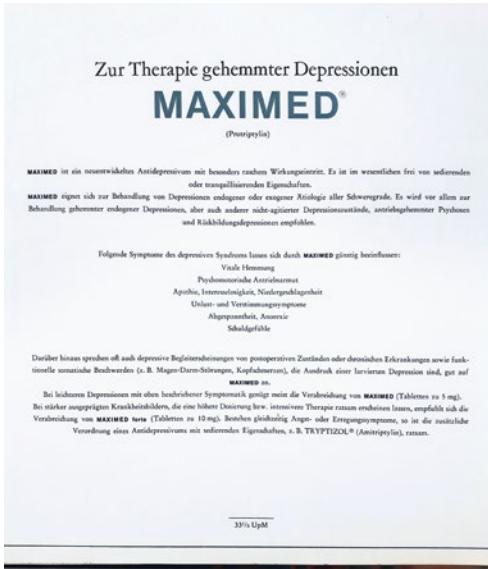


Abbildung 1b. Innenseite des aufklappbaren Gatefold-Covers.

spekuliert, dass die dahintersteckende Werbeidee möglicherweise gewesen sei, dass die Melancholie des Blues sich mit dem Antidepressivum auflösen lasse. Ob und inwieweit dieser Ansatz, Jazz/Blues und Psychopharmaka zu Werbezwecken zu verbinden, erfolgreich war, ist nicht bekannt. Ob die Ärzt:innen das Medikament zusammen mit der Schallplatte ihren Patient:innen verordnen sollten, auch nicht ...

Nachdem im ersten Teil dieser Serie (MU 2–2020, S. 140–151) allgemeine Aspekte zum Verhältnis von Psychopharmakotherapie und Musiktherapie erörtert wurden, sollen im Folgenden einzelne Substanzgruppen steckbriefartig vorgestellt werden, jeweils illustriert durch kurze Falligkeiten aus der musiktherapeutischen Praxis. Dabei wird – neben einer allgemeinen Einführung zur Medikamentengruppe – insbesondere auf die Wirkmechanismen, Indikationen und Nebenwirkungen eingegangen. Als weiterführende Literatur zur Vertiefung in die Thematik bzw. zum Nachschlagen zu einzelnen Medikamenten seien exemplarisch die im Kasten aufgeführten Bücher genannt:

Literaturempfehlungen

Benkert, O. & Hippus, H. (Hrsg.). (2019). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Benkert, O., Hautzinger, M. & Graf-Morgenstern, M. (Hrsg.). (2016). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten* (3. Aufl.). Berlin: Springer.

Bandelow, B., Bleich, S. & Kropp, S. (2011). *Handbuch Psychopharmaka* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Antidepressiva

Bei den antidepressiv wirksamen Arzneimitteln handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Substanzen mit unterschiedlichen Wirkspektren und –mechanismen. Dementsprechend breit gefächert sind auch die zugelassenen Indikationen (s. u.). In den OECD-Ländern hat sich der Verbrauch von Antidepressiva zwischen 2000 und 2015 verdoppelt – die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von einer Verbesserung bei der Erkennung depressiver Störungen über Verfügbarkeit von Therapien bis hin zu veränderten Einstellungen gegenüber Langzeitmedikation (OECD, 2017). In der »Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression« (DGPPN et al., 2017) wird empfohlen, dass eine medikamentöse Erstbehandlung bei einer *leichten* depressiven Episode »allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen–Risiko–Verhältnisses« zu erwägen sei (S. 28). Bei einer akuten *mittelgradigen* depressiven Episode kommen Psychotherapie oder Pharmakotherapie infrage. Bei Vorliegen einer akuten *schweren* depressiven Episode »soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden« (S. 28). Oder wie es Laux und Dietmaier (2013) mithilfe einer musikalischen Analogie ausgedrückt haben:

Erhöhter Verbrauch
von Antidepressiva

Die häufig gestellte Frage: »Was wirkt besser, Medikamente oder Psychotherapie?« lässt sich wie die Frage an einen Dirigenten: »Was ist das bessere Instrument, die Geige oder die Trompete?« beantworten: Mal die Geige, mal die Trompete, oft klingen – je nach Musikstück – beide zusammen am besten! (S. 20)

1. Einteilung

Entgegen der früher üblichen Klassifikation von Antidepressiva entsprechend ihrer chemischen Struktur (z. B. trizyklische Antidepressiva) wird heute eine Einteilung nach dem primären Angriffspunkt im zentralen Nervensystem (ZNS) favorisiert (Regen & Benkert, 2019):

- Nichtselektive Monoamin–Wiederaufnahmehemmer
[z. B. Amitriptylin]
- Selektive Serotonin–Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
[z. B. Fluoxetin, Escitalopram]
- Überwiegende oder selektive Noradrenalin–Wiederaufnahmehemmer
[z. B. Reboxetin, Mianserin]
- Kombinierte selektive Serotonin– und Noradrenalin–Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
[z. B. Venlafaxin]
- Kombinierte selektive Noradrenalin– und Dopamin–Wiederaufnahmehemmer (NDRI)
[z. B. Bupropion]
- Noradrenerg/spezifisch serotonerges Antidepressivum mit Alpha₂-adrenozeptorantagonistischer Wirkung (NaSSA) [z. B. Mirtazapin]
- Monoaminoxidasehemmer (MAO–Hemmer)
[z. B. Moclobemid]
- Phytopharmaka (Pflanzliches Antidepressivum: Johanniskraut)
- Substanzen mit anderen Wirkprinzipien

2. Allgemeine Hinweise

Mit einer antidepressiven Wirkung der Antidepressiva (AD) ist in der Regel erst nach 2–6 Wochen zu rechnen; cave: Antriebssteigerung vor antidepressiver Wirkung! Bei suizidgefährdeten Patient.innen muss daher beachtet werden, dass aufgrund der einsetzenden Antriebssteigerung in diesem Zeitraum mögliche Suizidpläne auch in die Tat umgesetzt werden können. AD machen nicht abhängig und unterliegen keiner Toleranzentwicklung! Wie Regen und Benkert (2019) betonen, sollte »[g]rundsätzlich ... die Verordnung von Antidepressiva im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans erfolgen, der neben der medikamentösen Behandlung auch psycho- und soziotherapeutische sowie psychoedukative und unterstützende Maßnahmen umfasst« (S. 11). Zu diesen ergänzenden Maßnahmen im stationären Setting werden in der »Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression« (DGPPN et al., 2017) auch die künstlerischen Therapien gerechnet (Musiktherapie wird allerdings nicht explizit erwähnt).

Wirkung erst nach ein paar Wochen, Achtung vor Antriebssteigerung

3. Therapeutische Wirkung

Folgende Symptome einer Depression können durch die Medikation mit AD gebessert werden: Stimmung, Antrieb, Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung, Konzentration, Aufmerksamkeit, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Appetitmangel, Suizidgedanken.

Fallvignette 1

Eine etwa 70-jährige Patientin entwickelt im Rahmen ihrer Krebserkrankung zusätzlich eine schwere Depression. Sie erhält Musiktherapie, konsultiert während des Prozesses einen Psychiater und wird folglich mit einem Antidepressivum behandelt. Für die Musiktherapeutin ist bereits nach einer Woche eine deutlich wahrnehmbare Veränderung des Zustands der Patientin ersichtlich. Diese ermöglicht der Patientin, sich aktiv in die Musiktherapie einzubringen.

4. Wirkmechanismen

Wie Regen und Benkert (2019) konstatieren, ist der »eigentliche Wirkmechanismus von Antidepressiva ... noch unbekannt« (S. 7). Ausgehend von der sogenannten Monoaminmangelhypothese² der Depression – also der Annahme, dass der depressiven Störung eine verminderte

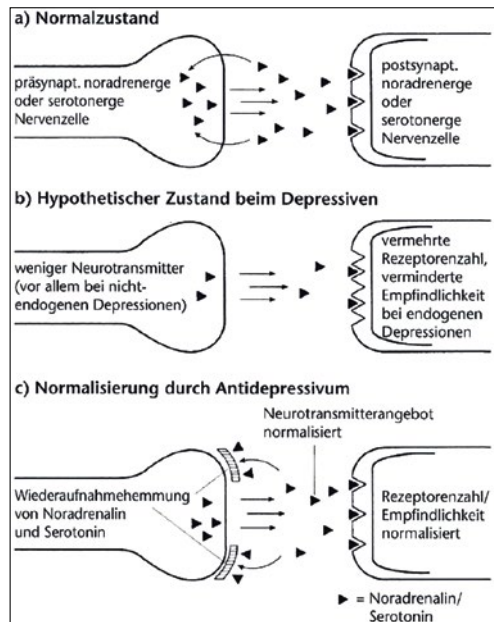


Abbildung 2. Wirkmechanismus von SSRI an der Synapse

Aus: Laux, Psychopharmakologie, 7. Auflage 2002
© Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München.

Neurotransmitter-Konzentration von Serotonin, Noradrenalin und/oder Dopamin im Gehirn zugrunde liegt – bewirken die meisten AD eine Erhöhung der Verfügbarkeit dieser Neurotransmitter. Wie die Bezeichnungen der Antidepressiva-Gruppen nahelegen (s. o.), erfolgt dies überwiegend durch eine Hemmung der Wiederaufnahme der entsprechenden Neurotransmitter; d. h. die Botenstoffe werden nicht sofort wieder »recycelt«, sondern verbleiben länger im synaptischen Spalt und verstärken die Wirkung an den Rezeptoren der postsynaptischen Zelle (s. Abb. 2):

Die Wiederaufnahmehemmung hat eine Down-Regulation der Rezeptoren zufolge.

Dies könnte möglicherweise das verzögerte Einsetzen der antidepressiven Wirkung erklären.

Generell ist jedoch davon auszugehen, dass die Wirkmechanismen von Antidepressiva wesentlich komplexer sind als die simple Wiederaufnahmehemmung von Neurotransmittern. Vermutlich sind epigenetische Mechanismen – d. h. die Modifikation von Genfunktionen, ohne dass die eigentlich DNA-Sequenz verändert wird – an der Wirkung vieler Psychopharmaka beteiligt. Dies erfolgt beispielsweise über die Regulation von Wachstumsfaktoren im Gehirn wie dem Neurotrophin BDNF, wodurch u. a. der bei Depressionen und Stresssyndromen typischen Verkleinerung des Hippocampus entgegenwirkt werden kann. Letztendlich werden dynamische Anpassungen an sich ändernde Umweltbedingungen unterstützt, was als einer der wichtigsten neuroprotektiven Mechanismen gelten kann.

Anpassung an sich ändernde
Umweltbedingungen

Ein anderer derzeit diskutierter Mechanismus, der auch mit der Förderung von Neuroplastizität zusammenhängt, ist die Blockade von Kalziumkanälen durch SSRI, was sich zumindest im Tiermodell als antidepressiv wirksam herausgestellt hat (Normann et al., 2018). Viel diskutiert wird derzeit auch die Hypothese, dass AD die negative Verzerrung in der Emotionsverarbeitung salienter – also aufgrund ihrer Relevanz hervorstechender – Reize verbessern, sodass erneut auch vermehrt wieder positive Lernerfahrungen gemacht werden können, was dann sekundär zu einer verbesserten Stimmungslage führt (Godlewska & Harmer, 2020).

5. Zugelassene Indikationen

Regen und Benkert (2019) machen darauf aufmerksam, dass AD »nosologieübergreifend wirksam sind«, d. h. dass ihr Einsatz- und Wirkungsspektrum nicht auf die Depression beschränkt ist und dass eine »stetige Ausweitung des Indikationsgebiets zu beobachten [ist]« (S. 14). Beispielhaft sind im Folgenden typische Indikationsfelder für SSRI aufgeführt:

- Depression (»major depression«)
- Prophylaxe bei rezidivierenden Depressionen
- Sekundäre Depression im Rahmen anderer psychiatrischer Erkrankungen, z. B. Schizophrenie, Demenz
- Depressive Phasen bei bipolaren affektiven Störungen
- Dysthymie
- Atypische Depressionen
- Essstörung: Bulimie
- Zwangsstörung
- Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie
- Generalisierte Angststörung
- Soziale Angststörung
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; PTSD)

6. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Zu den wichtigsten (und häufigsten) Nebenwirkungen der SSRI zählen:

- Übelkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme
- Diarrhö
- Unruhe, Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Schwitzen, Mundtrockenheit
- sexuelle Störungen (Libidoverlust, Ejakulationsstörungen)
- allergische Reaktion, Hautausschlag

Viele Nebenwirkungen bessern sich im Verlauf der Behandlung.

Phasenprophylaktika

Mit Phasenprophylaktika werden Medikamente bezeichnet, die zur Behandlung bipolarer affektiver Störungen eingesetzt werden. Nach ICD-10 liegt eine bipolare affektive Störung vor, wenn wenigstens zwei Episoden aufgetreten sind, in denen »Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren« (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2020). Die Akuttherapie zielt auf die Reduktion der depressiven bzw. (hypo-)manischen Symptome ab – hier steht die Pharmakotherapie häufig im Vordergrund (Benkert et al., 2016). Die Phasenprophylaxe umfasst als langfristige Ziele die Reduktion bzw. Vermeidung weiterer affektiver Episoden – hier gewinnen psycho- und soziotherapeutische Ansätze an Bedeutung (Benkert et al., 2016). In diesem Kontext werden in der »S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen« (DGBS & DGPPN, 2019) die künstlerischen Therapien als »Bestandteil des individuellen integrierten Behandlungsplans« aufgeführt (»Klinischer Konsenspunkt – Standard in der Behandlung«). Inwieweit jedoch die »angenommene Förderung der Affektregulation, des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz« (DGBS & DGPPN, 2019, S. 102) durch Musiktherapie eine Rückfallprophylaxe unterstütze, sei unklar, zudem fehlten störungsspezifische Studien (vgl. Stegemann & Riedl et al., in Vorbereitung).

Behandlung bei bipolaren affektiven Störungen

1. Einteilung

Folgende Medikamentengruppen finden Anwendung bei der Behandlung der bipolaren Störung:

- a) Antidepressiva (zur Akutbehandlung der depressiven Phase)
- b) Stimmungsstabilisierer/»mood stabilizer« (Lithium, Antikonvulsiva)
- c) Atypische Antipsychotika (haben auch einen phasenprophylaktischen Effekt)

2. Allgemeine Hinweise

Die Einteilung und Wirkungsweisen von Antidepressiva sind oben bereits beschrieben worden. Antipsychotika werden in Teil III dieser Serie behandelt. An dieser Stelle werden die Stimmungsstabilisierer Lithium und die Antikonvulsiva dargestellt.

Lithium ist ein metallisches Element, das in der Natur weitverbreitet vorkommt; zur medikamentösen Behandlung werden ausschließlich Lithiumsalze eingesetzt.

Antikonvulsiva sind Arzneimittel, die zur Behandlung bzw. Verhinderung von epileptischen Anfällen entwickelt wurden. Aus dieser Medikamentengruppe haben sich die folgenden Substanzen in der Behandlung bipolarer Störungen bewährt: Carbamazepin, Valproat (Valproinsäure) und Lamotrigin.

LITHIUM SUNSET

Fill my eyes
O Lithium sunset
And take this lonesome burden
Of worry from my mind

Take this heartache
Of obsidian darkness
And fold my darkness
Into your yellow light

I've been scattered I've been shattered
I've been knocked out of the race
But I'll get better
I feel your light upon my face

Heal my soul
O Lithium sunset
And I'll ride the turning world
Into another night

See mercury falling
(Sting/Album: Mercury Falling, 1996)

3. Therapeutische Wirkung

Lithium: Lithium wirkt am besten bei »klassischer« Manie (Responserate von ca. 80 %). Darüber hinaus hat Lithium auch eine antidepressive und eine suizidprophylaktische Wirkung. Die Wirkung von Lithium tritt jedoch erst nach einer Latenz von 10–14 Tagen ein, [Wirkung von Lithium](#) sodass in der Akutbehandlung der Manie in der Regel Antipsychotika der Vorzug gegeben wird. Wichtig ist die regelmäßige Kontrolle des Lithiumspiegels im Blutplasma – bei der Akuttherapie wird ein Plasmaspiegel von 0,8–1,2 mmol/l angestrebt (vgl. *Fallvignette 3* aus MU 2–2020, S. 148 f.).

Antikonvulsiva: Valproat und Carbamazepin gelten als Arzneimittel mit guter antimanischer und phasenprophylaktischer Wirksamkeit. Lamotrigin wird vor allem zur Prophylaxe bei der bipolaren Depression und bei Rapid cycling (mindestens vier Episoden innerhalb von 12 Monaten) eingesetzt.

4. Wirkmechanismen

Lithium und Antikonvulsiva weisen eine Reihe von unterschiedlichen Wirkmechanismen auf das Zentralnervensystem (ZNS) auf – bisher ist allerdings nicht bekannt, welche dieser Mechanismen für die Wirksamkeit bei bipolaren Störungen verantwortlich sind:

- Wirkungen auf Signaltransduktionssysteme (Second Messenger)
- Lithiuminduzierte Neurogenese
- Neuroprotektive Wirkungen
- Wirkungen auf neuronale Ionenkanäle
- Wirkungen auf inhibitorische und exzitatorische Transmittersysteme
- Wirkungen auf die serotonerge Neurotransmission
- Wirkungen auf die Genexpression
- Beeinflussung zirkadianer Rhythmen (Paulzen, Gründer & Benkert, 2019, S. 215 ff.)

5. Zugelassene Indikationen

Lithium:

- Langzeitbehandlung und Prophylaxe manisch-depressiver und schizoaffektiver Störungen
- Behandlung der akuten Manie
- Augmentationsstrategie bei Depression (Antidepressivum + Lithium)

Antikonvulsiva: Neben der Behandlung von Epilepsien werden Antikonvulsiva bei bipolaren affektiven Störungen, aber auch bei anderen psychischen Störungsbildern eingesetzt. Carbamazepin ist zur Phasenprophylaxe zugelassen, wenn Patient.innen auf Lithium nicht ansprechen oder wenn eine Kontraindikation zum Einsatz von Lithium besteht (z. B. Nierenerkrankungen).

6. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Lithium: Vor allem zu Beginn der Behandlung treten häufig die folgenden Symptome auf:

- feinschlägiger Tremor der Hände
- Magen-Darm-Störungen (Übelkeit, weicher Stuhl)
- Polyurie, Durst
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Unruhe

Im weiteren Verlauf können zusätzlich auch folgende Nebenwirkungen auftreten:

- Gewichtszunahme
- Schwindel
- Ödeme, Nierenschädigung
- Schilddrüsenveränderungen (Struma)

Antikonvulsiva: Bei Antikonvulsiva können viele UAWs durch ein langsames Aufdosieren der Medikation vermieden werden. Zu den häufigen Nebenwirkungen bei Antikonvulsiva gehören Schwindel, Müdigkeit und Ataxie (Störung der Bewegungskoordination). Weitere UAWs sind substanzspezifisch.

Generell gehören ausführliche Voruntersuchungen sowie regelmäßige Laborkontrollen im Verlauf zum Standard der Pharmakotherapie mit Phasenprophylaktika.

Literatur

- Baumgartner, M. (2020). *Wissensstand und Einstellung von Musiktherapeut*innen und Musiktherapie-studierenden zur Psychopharmakotherapie – eine Online-Befragung* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Benkert, O., Hautzinger, M. & Graf-Morgenstern, M. (Hrsg.). (2016). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2019). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bettinello, E. (2020). Come vendere psicofarmaci con il jazz. *Il Giornale della Musica*. Verfügbar unter: <https://www.giornaledellamusicait/articoli/come-vendere-psicofarmaci-con-il-jazz>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2020). *ICD-10-GM Version 2020, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>
- DGBS e.V. und DGPPN e.V. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion*. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2017). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung* (2. Aufl., Version 1). DOI: 10.6101/AZQ/000366. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Godlewska, B. R. & Harmer, C. (2020). Cognitive neuropsychological theory of antidepressant action: A modern-day approach to depression and its treatment. *Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05448-0>
- Laux, G. & Dietmaier, O. (2013). *Psychopharmaka. Übersichtlich und verständlich. Für Patienten, Angehörige und Profis in der Pflege* (9. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Normann, C., Frase, S., Haug, V., von Wolff, G., Clark, K., Münzer, P. et al. (2018). Antidepressants rescue stress-induced disruption of synaptic plasticity via serotonin transporter-independent inhibition of L-type Calcium channels. *Biological Psychiatry*, *84*(1), 55–64. doi:10.1016/j.biopsych.2017.10.008
- OECD (2017). Antidepressant drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year). In *Health at a Glance 2017, Pharmaceutical sector* (S. 191). Paris: OECD Publishing. 2017. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-graph181-en
- Paulzen, M., Gründer, G. & Benkert, O. (2019). Medikamente zur Behandlung bipolarer Störungen. In O. Benkert & H. Hippus (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Aufl., S. 209–283). Heidelberg: Springer.
- Regen, F. & Benkert, O. (2019). Antidepressiva. In O. Benkert & H. Hippus (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Aufl., S. 1–208). Heidelberg: Springer.
- Stegemann, T., Riedl, H., Evers-Grewe, B. & Körper, A. (in Vorbereitung). Musiktherapie in Medizinischen Leitlinien. Eine systematische Literaturrecherche der AWMF-Leitlinien.

1 Fallvignette aus Baumgartner, 2020, S. 47

2 Monoamine bezeichnen eine Gruppe von Neurotransmittern und Neuromodulatoren mit bestimmten chemischen Struktureigenschaften wie Dopamin, Adrenalin/Noradrenalin, Serotonin u. a.

Fazit für die Praxis

- Psychopharmakotherapie wird idealerweise verstanden als Teil eines Gesamtbehandlungskonzepts – eine individuell abgestimmte (und partizipativ erarbeitete) »Orchestrierung« der einzelnen Therapiebausteine ist maßgeblich mitentscheidend für das Gelingen einer Behandlung.
- Positive Effekte einer Medikation mit Antidepressiva (AD) können sich auch fördernd auf die Möglichkeiten auswirken, sich aktiv in der Musiktherapie zu beteiligen.
- Das Einsatz- und Wirkungsspektrum von AD ist nicht auf die Depression beschränkt, sondern umfasst zahlreiche andere Störungsbilder.
- Bei der Behandlung der bipolaren affektiven Störung steht während der Akutphase die Psychopharmakotherapie im Vordergrund. Bei der Phasenprophylaxe gewinnen psycho- und soziotherapeutische Ansätze – also auch die Musiktherapie – an Bedeutung.
- Zu den Medikamentengruppen, die bei der Behandlung der bipolaren affektiven Störung Anwendung finden, gehören Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer (Lithium, Antikonvulsiva) sowie atypische Antipsychotika.



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. mus. Thomas Stegemann, Wien
stegemann@mdw.ac.at



Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, MHBA, Wien
paul.plener@meduniwien.ac.at

Die Reihe Musiktherapie und Psychopharmakotherapie enthält vier Teile:

Teil I: Allgemeine Einführung in das Thema, s. MU (02) 2020, S. 140–151

Teil II: Antidepressiva/Antimanika und Phasenprophylaktika, s. MU (03) 2020, S. 261–270

Teil III: Antipsychotika/Anxiolytika/Hypnotika, s. Heft (04) 2020

Teil IV: Antidementiva/Psychostimulanzien und verwandte Substanzen, s. Heft (01) 2021