

Thomas Stegemann<sup>a</sup> | Paul L. Plener<sup>b</sup>

## Musiktherapie und Psychopharmakotherapie – Teil III

### *Antipsychotika und Anxiolytika/Hypnotika*

In Teil I dieser Serie hatten wir über die Ergebnisse einer Umfrage bei Musiktherapeut.innen und Musiktherapie-Studierenden bezüglich ihrer Einstellung und ihres Wissensstands im Hinblick auf Psychopharmakotherapie berichtet (Baumgartner, 2020)<sup>1</sup>. Dabei hatte sich gezeigt, dass die Einschätzung der Wirkung von Psychopharmaka auf Wachheit (Sedierungsgrad) sowie auf Stimmung, Schwingungsfähigkeit, Affektregulation etc. (affektive Ebene) als besonders relevant für die Durchführbarkeit und Gestaltung von musiktherapeutischen Einheiten angesehen wurde. Insbesondere der Bereich »Wirkung & Nebenwirkungen« von Medikamenten wurde hoch geratet. In dieser Folge geht es um zwei Medikamentengruppen, bei denen die oben genannten Themen von besonderem Interesse sind und eine große Relevanz für die praktische Arbeit von Musiktherapeut.innen gegeben ist: (1) die Gruppe der Antipsychotika und (2) die Gruppe der Anxiolytika bzw. Hypnotika.

### **Antipsychotika**

Der Begriff Antipsychotika (Neuroleptika) umfasst Psychopharmaka, die ein charakteristisches Wirkungsspektrum auf die Symptome von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, wie formale und inhaltliche Denkstörungen (inklusive Wahnsymptomen), Störungen der Affektivität oder Wahrnehmungsstörungen, aufweisen (Stichwort: »antipsychotische Wirkung«).

#### *1. Einteilung*

Antipsychotika können eingeteilt werden nach

1. der chemischen Struktur
2. dem biochemischen Wirkmechanismus (typisch, atypisch)
3. nach dem klinischen Wirkspektrum (hoch-, mittel- oder niederpotent)

<sup>a</sup> Institut für Musiktherapie, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien

<sup>b</sup> Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien

Am gebräuchlichsten im klinischen Alltag ist heute aber nach wie vor die chronologische Unterteilung in Antipsychotika der

1. Generation: z. B. Haloperidol (Haldol®)
2. Generation: z. B. Clozapin (Leponex®), Quetiapin (Seroquel®), Olanzapin (Zyprexa®), Risperidon (Risperdal®)
3. Generation: Aripiprazol (Abilify®)

## 2. Allgemeine Hinweise

Die medikamentöse Behandlung schizophrener Erkrankungen ist ein wichtiger Behandlungspfeiler neben der Sozio- und der Psychotherapie (inkl. Psychoedukation). In Teil I dieser Serie wurde bereits auf die hohe Relevanz von integrierten/partnerschaftlichen Konzepten für eine gelingende Psychopharmakotherapie generell hingewiesen (Stichwort: Dialog). Dies gilt umso mehr für die Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei der eine medikamentöse Therapie – insbesondere in der Akutphase – in der Regel unverzichtbar ist und zudem aber Adhärenz-Probleme sehr häufig auftreten. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 50 % der Patient:innen die verordneten Medikamente nicht regelmäßig einnehmen (Bäumli, Brönnner & Leucht, 2018). Die Adhärenz lässt sich jedoch durch vertrauens- und beziehungsbildende Interventionen sowie durch eine Berücksichtigung von Patient:innenpräferenzen im Sinne einer »geteilten Entscheidungsfindung« (Zaumseil, 2000, zitiert nach Bock, 2003, S. 117) maßgeblich verbessern:

### Medikamentöse Therapie bei Schizophrenie unverzichtbar

Wo immer die Pharmakotherapie innerhalb eines umfassenderen psychosozialen (bzw. psychotherapeutischen) Behandlungskontextes relativierbar wird und die Behandlung sich an den Bedürfnissen eines einzelnen Patienten und seines Netzwerkes orientiert, da besteht die Chance, dass sich das Handeln derer, die als Professionelle und Betroffene kooperieren, miteinander entwickeln kann. (Zaumseil, 2000, zitiert nach Bock, 2003, S. 117)

## 3. Therapeutische Wirkung

### Fallvignette 1<sup>2</sup>

*Frau M. wird mit der Diagnose paranoide Schizophrenie stationär aufgenommen. »In der Trucha (Truhe, Anm.) liegen Leichen.« Besonders Autos mit Gepäckträger erzeugten bei Frau M. große Furcht. In der Musiktherapie gab es auch eine Truhe (in Wahrheit ein Behälter für das Monochord). Erst nach Gabe eines Antipsychotikums konnte sie angstfrei den Musiktherapieraum betreten.*

### Fallvignette 2

*Die paranoide Schizophrenie von Frau H. (Ende vierzig) exazerbiert im Rahmen eines familiären Konflikts. Sie lässt sich freiwillig aufnehmen, wird stationär jedoch von Tag zu Tag impulsiver, verlässt wiederholt die Abteilung, ignoriert Covid-19 Regeln, zeigt sich zunehmend entgrenzter, drohend impulsiv und wird schließlich nach drei Tagen nach UBG<sup>2</sup> untergebracht. Sie wird mit Quetiapin, Trazodon und zusätzlich hochdosiert mit Lorazepam behandelt – trotz hoher Dosen beruhigt sich die Patientin kaum.*

Die Patientin wurde seit der Erstmanifestation ihrer Schizophrenie bei allen Aufenthalten auch einzelmusiktherapeutisch behandelt; sie fragt in der Regel aktiv nach der Musiktherapie und kann diese auch oft schon in der Akutphase für sich nutzen.

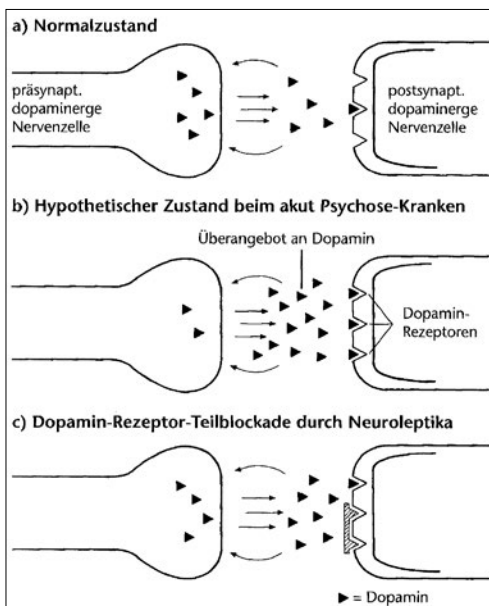
Als ich ihr bei diesem Aufenthalt nach ein paar Tagen an der Abteilung begegne und sie anspreche, sieht sie mich wie einen Fremden an, registriert mich kaum, ist mit einer alltäglichen Sache beschäftigt und verfolgt diese weiter. An den Beginn einer Musiktherapie ist nicht zu denken.

Die psychopharmakotherapeutische Behandlung und auch die Betreuung durch das Pflegepersonal gestaltet sich einige Tage sehr schwierig, dann beginnt eine leichte Besserung. Am zwölften Tag ihres Aufenthaltes geht sie auf mich zu und fragt vorwurfsvoll, warum wir noch keine Musiktherapie gehabt hätten. Es erfolgt eine Zuweisung und die Einzeltherapie beginnt am nächsten Tag.

Antipsychotika verbessern die Symptomatik schizophrener Erkrankungen wie Denk- und Verhaltensstörungen, psychomotorische Erregungszustände, affektive Spannung sowie Halluzinationen und Wahnideen (Positiv-Symptome). Auf Negativsymptome (wie z. B. kognitive Störungen, Affektverflachung, Anhedonie, Motivationsmangel, Sprachverarmung) haben Antipsychotika der 2. oder 3. Generation möglicherweise einen größeren Effekt, als die der ersten Generation. Durch die Einnahme von Antipsychotika kommt es weder zu einer physischen noch zu einer psychischen Abhängigkeit.

#### Wirkungen und Nebenwirkungen

Während sich mit der Gabe von Medikamenten eine stärkere Wirkung auf die Positivsymptomatik erzielen lässt, zeigt die Studienlage vielversprechende Ergebnisse für die Behandlung der Negativsymptomatik mit Musiktherapie (Geretsegger et al., 2017). Diese Wirkung wird durch eine hohe Therapieakzeptanz der Musiktherapie unterstützt (Metzner, 2020).



#### 4. Wirkmechanismen

Müller und Benkert (2019) stellen in ihrem Kapitel zu Antipsychotika einleitend fest: »Der eigentliche Wirkmechanismus der Antipsychotika ist weiterhin unbekannt« (S. 290). Als gesichert gilt, dass durch Antipsychotika verschiedene Neurotransmittersysteme im Gehirn in unterschiedlichem Ausmaß blockiert werden. Ausschlaggebend für die antipsychotische Wirkung scheint dabei im Wesentlichen die Blockade von  $D_2$ -Dopamin-Rezeptoren zu sein, die eine Dämpfung der dopaminergen Überaktivität zur Folge hat (s. Abb. 1).

Abbildung 1. Möglicher Wirkmechanismus von Antipsychotika.

Aus: Laux, G., Dietmaier, O. & König W. (2002). *Psychopharmaka*, 7. Auflage.

© Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München.

### 5. Zugelassene Indikationen

Müller und Benkert (2019) machen darauf aufmerksam, dass Antipsychotika nosologieübergreifend wirksam sind und dass sich die primäre Indikation nach Zielsymptomen und -syndromen richtet. Den Haupteinsatzbereich machen schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen aus.

#### *Gesicherte Wirksamkeit von Antipsychotika bei psychiatrischen Indikationen (nach Müller & Benkert, 2019, S. 296f.)*

- Schizophrene Störungen
- Schizoaffektive Störungen
- Andere organische Psychosen (z. B. Alkoholpsychosen)
- Bipolare Störungen (vgl. Teil II dieser Serie)
- Impulskontrolle bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen
- Bestimmte neuropsychiatrische Erkrankungen (z. B. Tic-Störungen, *L-Dopa*-induzierte Psychosen)
- Demenzassoziierte schwere Verhaltensstörungen (allerdings in der Regel keine Zulassung in dieser Indikation)
- Depressionen mit psychotischen Symptomen (in Kombination mit Antidepressiva)
- Augmentationstherapie bei unipolarer Depression
- Augmentationstherapie bei therapierefraktären Angst- und Zwangsstörungen
- Syndromorientierte Therapie bei Persönlichkeitsstörungen
- Schmerzsyndrome
- Schlafstörungen
- Unruhe und Erregungsstände, auch im Rahmen von Notfallsituationen und bei Delir

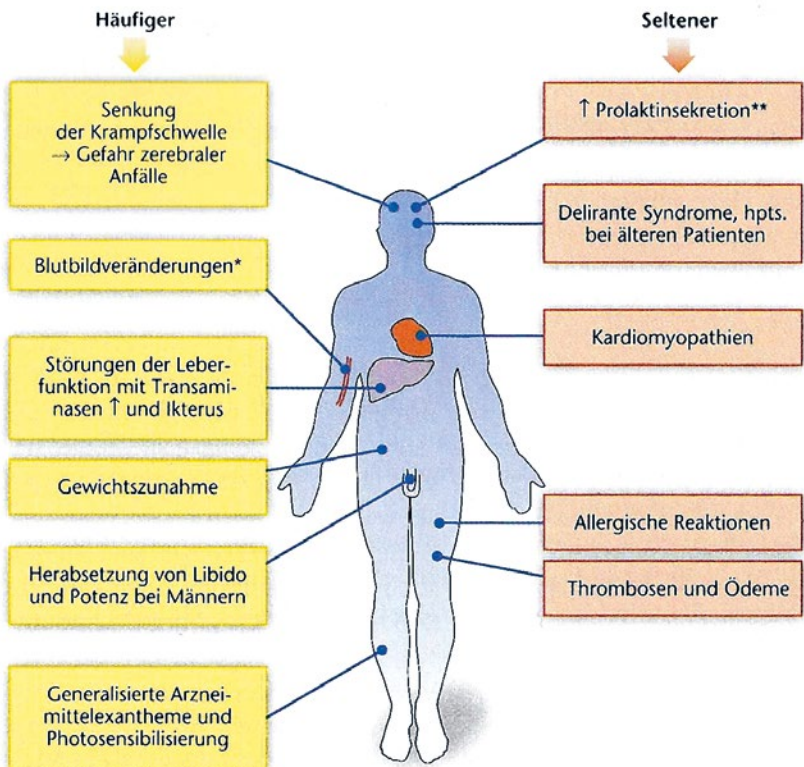
### 6. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

#### *Fallvignette 3*

Frau H., Ende sechzig, hatte bereits zahlreiche Schicksalsschläge hinter sich (häusliche Gewalt, Tod der Tochter, hohe Schulden und zuletzt ein schwerer Autounfall mit zahlreichen Knochenbrüchen), bevor sie erstmals mit der Diagnose Anpassungsstörung stationär aufgenommen wurde. Der Aufnahmegrund war ein Suizidversuch mit Alkohol und Schlaf-tabletten. Jahrelanger Alkohol- und Benzodiazepinabusus führten während des stationären Aufenthalts zu schwerer Entzugssymptomatik. Als medikamentöse Therapie wurde u. a. Seroquel verordnet. Die Nebenwirkungen empfand Frau H. verheerend. Sie beschrieb diese als Dauermüdigkeit und als heilloses Durcheinander in den Gedanken. Viel erträglicher seien die Nebenwirkungen durch Alkohol: »Im Gegenteil, mir fehlt der Rausch, ganz ehrlich – der Alkohol hat mir über vieles hinweggeholfen«. Ihr Wunsch in der Einzel-Musiktherapie war es, etwas zu finden, dass sie von den Medikamenten-Nebenwirkungen ablenken würde. Gitarrespielen, Summen und Singen machten ihr zunehmend Freude, und sie bemerkte erstaunt, dass sie während der Sitzungen tatsächlich weniger unter den Nebenwirkungen des Seroquels litt. Nach einigen Wochen ging es Frau H. deutlich besser und sie konnte entlassen werden.

Bei Antipsychotika der 1. Generation spielen im Hinblick auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) vor allem die sogenannten extrapyramidalen Störungen (EPMS) eine wichtige Rolle. Im Unterschied zur Pyramidenbahn, welche die bewusste Bewegung steuert (Willkürmotorik), ist das extrapyramidal-motorische System für automatisierte und erlernte motorische Prozesse zuständig, wie zum Beispiel Gehen oder Rad fahren. Durch die Blockierung von dopaminergen Bahnen werden durch den relativen Mangel an Dopamin typische Nebenwirkungen hervorgerufen, die vom Zeitpunkt ihres Auftretens in akute und sich langsam entwickelnde (tardive) Nebenwirkungen unterschieden werden (z. B. Dystonien, Akathisie und Parkinsonoid). Diese Spätfolgen können als unkontrollierbares »Mümmeln«, Tremor oder Bewegungsunruhe die Lebensqualität einschränken und betroffene Personen stigmatisieren. **Einschränkung der Lebensqualität**

Weitere typische UAW sind der Abbildung 2 zu entnehmen.



\*Meist Leukopenien, seltener lebensbedrohliche Agranulozytosen.  
→ regelmäßige Blutbildkontrolle  
Vorsicht: Leukozytenzahlen < 3000 mit weniger als 50 % Granulozyten

\*\*Folgen:  
– Störung des Menstruationszyklus  
– Gynäkomastie  
– Galaktorrhö  
(Neuroleptika unterdrücken die hemmende Wirkung von Dopamin auf die Prolaktinsekretion)

Abbildung 2. Somatische UAW von Antipsychotika  
Aus: Wunn, E. (2006). *Psychiatrie*. München: Elsevier.

Aufklärung über Nebenwirkungen nötig

Die hier beschriebenen, mitunter sehr beeinträchtigenden UAW bedingen auch, dass dem informierten Einverständnis gerade in der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie besonderes Augenmerk geschenkt werden muss. So gilt es auch darauf zu achten, wieviel der gegebenen Informationen über potenzielle UAW in einer akuten Krankheitsphase verarbeitet werden können. Daraus folgt, dass der Prozess der Aufklärung zu Wirkungen und UAWs als ein kontinuierlicher zu verstehen ist, der in verschiedenen Stadien der Erkrankung immer wieder neu angepasst werden muss, um Transparenz und Verständlichkeit zu gewährleisten.

Exkurs 1: »Das fade Gehirngefühl«



Abbildung 3. Das fade Gehirngefühl (J. Garber). © Privatstiftung-Künstler aus Gugging

Das im Original postkartengroße Bild (s. Abb. 3) wurde von Johann Garber (\*1947) im Jahr 1980 gezeichnet. Garber gehört zur Gruppe der Künstler:innen, die im Art/Brut Center Gugging in der Nähe von Wien leben. Der – leicht abgewandelte – Titel des Bildes stand auch Pate für die noch laufende große Retrospektive »gehirngefühl.! kunst aus gugging von 1970 bis zur gegenwart« ([www.museumgugging.at](http://www.museumgugging.at)). Johann Feilacher, Künstlerischer Direktor und Kurator des Museums Gugging, erzählt dass Garber im Vorfeld zur Entstehung dieses Werkes an Bildern mit Darstellungen der Seele als Wolke gearbeitet habe. Es gebe hier keinen direkten Bezug zu Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Generell könne aber gesagt werden, dass die Kreativität der Künstler:innen sowohl unter einer Über- als auch unter einer Unterdosierung der Medikamente leide (persönl. Mitteilung, 26.08.2019).

## Anxiolytika/Hypnotika

### Fallvignette 4

Herr F., Mitte fünfzig, kam nach einem Rückfall in seine Alkoholabhängigkeit, bei welchem er erstmalig auch Suizidgedanken entwickelt hatte, zur wiederholten Aufnahme auf die Akutpsychiatrie. Aufgrund seiner Motivation zu einer Langzeittherapie wurde er in das Therapieprogramm aufgenommen und sofort einer wahrnehmungszentrierten, musikgestützten Entspannungsgruppe zugewiesen.

Seine erste Teilnahme an der Gruppe, die er aus einem Voraufenthalt kannte und auch schätzte, wurde für ihn zu einem äußerst frustrierenden Erlebnis, so dass er daran nie wieder teilnehmen wollte. Seine Körperwahrnehmung war noch von Entzugssymptomen dominiert gewesen und in der ruhigen Schlussphase der Therapie wurde er mental massiv von all seinen Problemen überwältigt. Der Patient war äußerlich während der Therapie sehr gefasst und ruhig geblieben, der Therapeut hatte nur eine phasenweise etwas bewegtere Atmung beim Patienten wahrgenommen.

Zehn Tage später ließ sich der Patient wieder auf eine Teilnahme in der Entspannungsgruppe ein und konnte die Sichtweise teilen, dass der Beginn dieser Therapie in der Entzugsphase zu früh angesetzt war. Die medikamentöse Entzugsbehandlung u. a. mit dem angstlösenden Benzodiazepin Oxazepam (Praxiten®) und dem sedierenden Antipsychotikum Prothipendyl (Dominal®) war gut verlaufen und die schrittweise Reduktion von Praxiten® (15 mg 1–0–1–1) im Gange. Diesmal fand er zu einem überwiegend positiven Körperleben und wurde nicht von seinen ungelösten Problemen überwältigt, sondern konnte seine Aufmerksamkeit wechselweise auf den Körper, auf die Musik und angedachte Lösungen seiner Probleme lenken.

Anxiolytika (*anxio-lytisch* = angstlösend) werden zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen eingesetzt; eine ältere Bezeichnung lautet: Tranquilizer. Arzneimittel, die zur Behandlung von Schlafstörungen oder zur Sedierung eingesetzt werden, nennt man Hypnotika oder Sedativa.

### 1. Einteilung

Anxiolytika:

Angststörungen werden medikamentös in der Regel mit Antidepressiva, Pregabalin (Lyrica®) oder Buspiron (Buspar®) behandelt. Benzodiazepine sollten bei Angststörungen aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials nur kurzfristig eingesetzt werden.

Hypnotika:

Hypnotika sind eine heterogene Arzneimittelgruppe, zu denen unterschiedliche Substanzen, die Schlaf fördern oder erzeugen, gezählt werden. Dazu gehören unter anderem:

- Benzodiazepine
- Benzodiazepinähnliche Hypnotika (z. B. Zolpidem (Stilnox®))
- Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva, Mirtazapin)
- Antihistaminika: z. B. Diphenhydramin (Calmaben®, Noctor®)
- Phytopharmaka: z. B. Baldrian

Benzodiazepine werden wiederum unterteilt in:

- kurzwirksam (< 6 h): z. B. Midazolam (Dormicum®)
- mittellang wirkend (6–24 h): z. B. Lorazepam (Tavor®, Temesta®)
- langwirksam (> 24 h): z. B. Diazepam (Valium®)

## 2. Allgemeine Hinweise

- Benzodiazepine können zu physischer und psychischer Abhängigkeit, Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen führen – abhängig von Dosierung und Dauer der Gabe.
- Vorsicht ist beim Führen eines Kraftfahrzeuges oder beim Bedienen gefährlicher Maschinen geboten, solange die Wirkung des Medikamentes nicht eingeschätzt werden kann.
- Ältere Menschen sind empfindlicher in Bezug auf dämpfende Wirkungen auf das zentrale Nervensystem, insbesondere können Gleichgewichtsstörungen (Fallneigung, Gangstörungen), Gedächtnis- und kognitive Störungen (Verwirrtheit, Orientierungsstörungen) auftreten.
- Mitunter wurden paradoxe Wirkungen beschrieben, sodass es bei Gabe von Benzodiazepinen zu einer Aktivitätssteigerung kam.

## 3. Therapeutische Wirkung

Benzodiazepine wirken in der Regel schnell und zuverlässig auf die folgenden Zielsymptome: Angst, innere Unruhe, muskuläre Spannung, Hypervigilanz und Schlafstörungen. Man geht davon aus, dass Benzodiazepine primär auf somatische und Verhaltensmanifestationen von Angst

## Angst- und Schlafstörungen

wirken. Die Effekte auf psychische oder kognitive Symptome (Ärger, Sorgen, Empfindlichkeit, Zwanghaftigkeit) sind dagegen nur gering ausgeprägt.

## 4. Wirkmechanismen

Als Hauptwirkort der Benzodiazepine gilt der GABA-Rezeptor: durch Bindung am Rezeptorkomplex (siehe Abb. 4) wird die Affinität für GABA erhöht, was zu einer höheren Frequenz der Öffnung des Chlorid-Ionenkanals führt (d. h. mehr Chlorid-Ionen gelangen in kürzerer Zeit in die Zelle). Dies bewirkt eine Verstärkung der inhibitorischen GABA-Wirkung und führt zu einer zentralen Dämpfung des limbischen Systems, der Formatio reticularis und des Cortex.

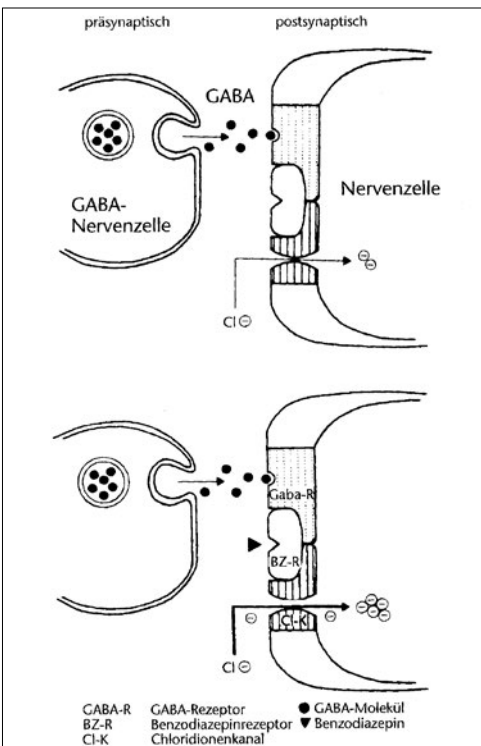


Abbildung 4. Wirkmechanismus von Benzodiazepinen

Aus: Laux, G., Dietmaier, O. & König W. (2002). *Psychopharmaka*, 7. Auflage.

© Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München.



### 5. Zugelassene Indikationen

- Akute Angst-, Unruhe- und Spannungszustände
- Schlafstörungen
- Angst- und Panikstörungen
- Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms
- Anfallsleiden, Status epilepticus
- Muskelspasmen, Dystonie, »Restless-legs-syndrom«
- Tetanus (Diazepam)
- vor medizinischen Eingriffen
- intravenöse Verabreichung: Sedierung bei starker Erregung

### Weitere Indikationsbereiche:

- Antipsychotikabedingte Akathisie (»Sitzunruhe«)
- Ko-Medikation bei Depression
- neuralgische Schmerzen

### 6. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

#### Fallvignette 5

Frau G., Mitte vierzig, ist nach einem Suizidversuch mit multiplen Frakturen ans Bett gefesselt, in depressiver Stimmung und mental auf ihre Probleme und Schuldgefühle eingeengt. Musiktherapie ist nur am Krankenbett möglich. Ihre Hände sind unverletzt und sie erwähnt nebenbei im Erstkontakt ihre frühere Liebe zu Bewegung und Musik. Nach einem Erstkontakt bringe ich eine Sansula und eine Gitarre mit zur Therapie. Nach kurzem Explorieren der Sansula vertieft sich die Patientin in ihre Klänge und entwickelt eine unglaubliche Kreativität. Sie betritt innerlich einen freien Raum, schließt die Tür zu ihrer unerträglichen Situation und spielt und tanzt in ihrer Musik. Dieser kreative Raum ist nicht verschlossen, ich begleite sie auf der Gitarre und es entfaltet sich ein lebendiges improvisiertes Klanggeschehen, das in seinem Kontrast zur akutpsychiatrischen Realität und ihrer Situation im Augenblick etwas unwirklich anmutet. Dieser musikalische Raum bleibt aber in der Folge neben allen anderen Therapieinhalten ein stabiles Element in jeder folgenden Musiktherapieeinheit.

Als die Patientin mobil wird, unternimmt sie stationär nach einem belastenden Ereignis einen weiteren Suizidversuch und wird danach vorübergehend zusätzlich zu ihrer antidepressiven Medikation hoch mit Lorazepam (Temesta®) behandelt. Ihre kreative Spielweise verändert sich in der Folge, die Klarheit und Gestaltungskraft ist abgeschwächt, die Patientin fühle sich »wie in eine Wolke gepackt« und nehme sich und auch die Klänge wie durch einen Nebel oder Schleier wahr. Die Patientin beschreibt ihre Töne ferner oder fremder und kann sich mit ihrer Gestaltung nicht mehr so identifizieren. Das gewohnte bewusste Betreten und Nutzen ihres kreativen Innenraums sei ihr nicht mehr möglich und das Improvisieren und Ausdrucksgeschehen habe für sie an Bedeutung verloren. Mit der Reduktion des Benzodiazepins gewinnt die Patientin zwar ihre Gestaltungskraft zurück, der innere kreative Raum ist für die Patientin aber nicht mehr so wichtig, andere, die Bewältigung ihrer Situation betreffende Themen, aber auch das Erlernen von Abgrenzung und Entspannung treten in den Vordergrund.

Nebenwirkungen bei Benzodiazepinen treten insgesamt selten auf und können durch Dosisanpassung vermieden bzw. reduziert werden:

- Allgemeiner sedierender Effekt (Müdigkeit, Benommenheit, Verwirrtheit)
- Schwindel
- Konzentrationsstörungen, Gedächtnis- und kognitive Störungen, anterograde Amnesie (Störung der Merkfähigkeit; häufiger bei hochpotenten Substanzen),
- Paradoxe Erregung (z. B. bei älteren Patient.innen), Schlafstörungen
- Atemdepression und -stillstand nach hohen (parenteralen und schnell verabreichten) Dosen

Cave: Benzodiazepine können bereits unter therapeutischer Dosierung nach längerer Gabe (mehrere Wochen) zu einer Abhängigkeit führen. Besonders Substanzen mit schnellem Wirkungseintritt werden auch missbräuchlich verwendet (worauf die Rolling Stones in ihrem Song »Mother's little helper« bereits Mitte der 1960er-Jahre hingewiesen haben).

#### MOTHER'S LITTLE HELPER

*Mother needs something today to calm her down*

*And though she's not really ill*

*There's a little yellow pill*

*She goes running for the shelter of a mother's little helper*

*And it helps her on her way, gets her through her busy day*

#### Exkurs 2

In einer randomisierten, kontrollierten Studie von Ridder et al. (2013) wurde die Wirkung von Einzel-Musiktherapie (ca. 12 Sitzungen in 6 Wochen) auf agitiertes Verhalten, Lebensqualität und Medikamentenverbrauch bei an Demenz erkrankten Personen untersucht ( $N = 42$ ; *cross over trial*). Bei mehr als 2/3 aller Patient.innen (71 %) waren – zumeist aufgrund des agitierten Verhaltens – psychotrope Medikamente verordnet worden; die Mehrheit der Patient.innen erhielt mehr als ein Medikament, darunter Antidepressiva, Benzodiazepine und Antipsychotika.

#### Musiktherapie – weniger Medikamente

Bezogen auf die Medikation zeigte sich, dass es unter der Musiktherapie-Bedingung weniger häufig zu Dosissteigerungen kam als unter der Kontrollbedingung (*standard care*). In Einzelfällen kam es sogar zu einer Reduktion der psychotropen Medikation in der Musiktherapie-Gruppe. Die Autor.innen kommen zu dem Schluss, dass der Einsatz von Musiktherapie geeignet ist, Agitation bei von Demenz betroffenen Personen effektiv zu behandeln und somit eine Möglichkeit darstellt, den Bedarf an psychotroper Medikation zu reduzieren.

#### Literatur

- Baumgartner, M. (2020). *Wissensstand und Einstellung von Musiktherapeut\*innen und Musiktherapiestudierenden zur Psychopharmakotherapie – eine Online-Befragung* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Bäuml, J., Brönnner, M. & Leucht, S. (2018). Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F25). In S. Leucht, & H. Förstl (Hrsg.), *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 75–100). Stuttgart: Thieme.
- Bock, T. (2003). *Umgang mit psychotischen Patienten (Basiswissen)*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Haldal, T.O., Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Metzner, S. (2020). Schizophrenie und andere psychotische Störungen. Musiktherapie. In H. U. Schmidt, T. Stegemann & C. Spitzer (Hrsg.), *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (S. 100–106). München: Elsevier.
- Müller, M. J. & Benkert, O. (2019). Antipsychotika. In O. Benkert & H. Hippus (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (12. Aufl., S. 284–504). Heidelberg: Springer.
- Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667–678.

- 1 Musiktherapie und Psychopharmakologie, Teil I, Musiktherapeutische Umschau, 41, 2 (2020), S. 140–151 | Teil II: Antidepressiva/Antimanika und Phasenprophylaktika, 41, 3 (2020), S. 261–270
- 2 Unterbringungsgesetz

### Fazit für die Praxis

- Sowohl bei Antipsychotika als auch bei Anxiolytika handelt es sich um Wirkstoffklassen, die häufig in der Psychiatrie eingesetzt werden.
- Häufig findet sich in diesem Zusammenhang auch ein Off-Label-Gebrauch außerhalb des eigentlichen Indikationsspektrums, um generell eine Sedierung herbeizuführen.
- Der Effekt der Sedierung kann einerseits als erleichternd und angenehm empfunden werden, was auch das Missbrauchspotenzial von Benzodiazepinen erklärt. Andererseits berichten Patient.innen mitunter auch von einem Gefühl des »Eingemauert-Seins«.
- Musiktherapeut.innen können diesbezüglich die Äußerungen der Patient.innen ebenso aufnehmen, wie auch eine eigene Bewertung vornehmen, um den behandelten Ärzt.innen ein Feedback zu geben und somit eine möglichst optimale therapeutisch wirksame psychopharmakologische Therapie zu ermöglichen.
- Musiktherapie kann einen wichtigen Beitrag zur Behandlung von Negativsymptomen bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leisten und darüber hinaus generell die Therapieadhärenz unterstützen.
- Musiktherapie kann eingesetzt werden, um den Bedarf an psychotroper Medikation zu reduzieren.

Und ein »Schmankerl« aus der Late-Night-Show »Willkommen Österreich« zur Lernkontrolle:

### »Medikament ODER Heavy-Metal-Band«

Frage: Handelt es sich bei den folgenden Begriffen um ein Psychopharmakon oder um den Namen einer Heavy-Metal-Band?

- (A) Zurdok
- (B) Orap
- (C) Epizod
- (D) Angizia

Die **richtigen Antworten** erfahren Sie in der nächsten Folge dieser Serie bzw. in **Folge 476** von »Willkommen Österreich vom 22.09.2020 (3. Teil ab Minute 8:23):  
<http://www.willkommen-oesterreich.tv/pl.php>



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

### **Aktuell im Blog unter [www.musiktherapie.de/blog](http://www.musiktherapie.de/blog)**



#### **Genussmomente: Wertvolle Kurzkontakte auf der psychiatrischen Intensivstation.**

Von Eva Terbuyken-Röhm – ausgezeichnet mit dem DGPPN-Preis 2020

[auch: MU, 1–19: Narzisstischer Musikgenuss, S. 33–40]

#### **Trommeln. Ein somatischer Ansatz.**

Von Simon Faulkner

#### **Worum geht es beim Würzburger Forschungsprojekt HOMESIDE?**

Fragen an Prof. Th. Wosch, Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg

#### **Die Zwei von der Filmstelle**

Christine Back und Ulrike Haffa-Schmidt rezensieren aktuelle Filme und entdecken immer wieder interessante Berührungspunkte zum musiktherapeutischen Berufsfeld

#### **Wie präsentiert man richtig? Mit Geschichten oder mit Daten?**

Thomas Bergmann über die Kunst der Präsentation

#### **Vier Fragen an...**

Musiktherapeut.innen antworten auf Fragen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf ihre Arbeit.