

Die Bedeutung von Johanniskraut jenseits der Major Depression

Depressive Verstimmungszustände treten nicht nur „eigenständig“ im Rahmen einer Major Depression auf, andere überwiegend psychosomatische Zustandsbilder sind auch damit assoziiert – wie etwa das Burn-out-Syndrom, die Suchtkrankheit, der chronische Schmerzpatient und – nicht zu vergessen – der Krebspatient.

Wir sprachen mit Dr. Alexander Bernhaut, stationär tätiger und niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut bzw. ausgebildeter Psychoonkologe, über die Bedeutung antidepressiver Medikation bei den genannten Krankheitsbildern.

Mit welchen psychischen Erkrankungen sind Sie als Therapeut hauptsächlich konfrontiert?

A. Bernhaut: Im Vordergrund meines Patientenguts stehen depressive Verstimmungszustände verschiedener Genese, angefangen bei Partnerkonflikten, Schlafstörungen und psychovegetativen Erschöpfungszuständen – auch als „Burn-out-Syndrom“ bezeichnet – über Suchtpatienten bis zu meinem Spezialgebiet, der Psychoonkologie, wo ich vor allem in der Wiener Privatlinik Krebspatienten von Prof. Zielinski bzgl. ihres psychischen Leidensdrucks betreue.

Inwiefern kann man das Gebiet der Psychoonkologie als eigenständigen Bereich abgrenzen?

A. Bernhaut: Die Diagnose „Krebs“ bedeutet für die meisten Patienten eine außerordentliche

Belastung und ist nicht mit sonstigen depressiven Verstimmungszuständen vergleichbar. Krebs wird vom Patienten ganz klar mit dem Sterben assoziiert, er empfindet Todesängste – ausgelöst durch eine Art von „psychomotorischem Schockzustand“. Außerdem hängt das Verhaltensbild sehr stark vom jeweils somatischen Ablauf der Krebserkrankung ab – d.h. ein Patient kurz nach der Diagnosestellung verhält sich anders als während Chemotherapie-Zyklen und natürlich wiederum anders als im bereits hoffnungslosen Terminalstadium. Dies muss spezifisch berücksichtigt werden.

Wo sehen Sie darüber hinaus generell signifikante Unterschiede zum endogenen Depressiven?

A. Bernhaut: Ein Karzinom-Patient sieht sich selten als psychiatrischer Fall – daher muss

man anfangs als Psychiater oftmals große Widerstände überwinden, um überhaupt an die Person näher heranzukommen. Außerdem sind als Folge der häufig auftretenden Nebenwirkungen einer Chemotherapie die Betroffenen oft sehr sensibilisiert auf eine schlechte Verträglichkeit. Dadurch schränkt sich das Spektrum der Psychopharmakologie von vornherein ein.

Was muss man bei der psychotherapeutischen Betreuung eines Krebspatienten besonders berücksichtigen?

A. Bernhaut: Von vornherein hängt die grundsätzliche Einstellung des Patienten bereits davon ab, ob er mehr oder weniger direktiv zu einer psychoonkologischen Behandlung zugeteilt wurde oder ob er diese sozusagen „freiwillig“ verlangt hat. In jedem Fall muss es jedoch gelingen, möglichst bereits beim ersten Kontakt auf menschlich-intellektueller Ebene einen Zugang zu finden. Zur Compliance des Patienten trägt in entscheidendem Maße häufig bei, ob negative Klischee-Vorstellungen über die psychiatrische Tätigkeit oder Psychopharmaka ausgeräumt werden können. Differenzieren muss man ebenfalls je nach sozialer und intellektueller Situation des Patienten bzw. dem Persönlichkeitstypus vor der Krebserkrankung.

Wie erfolgt daher in der Regel Ihr therapeutischer Zugang?

A. Bernhaut: Im Erstgespräch versuche ich festzustellen, was sich psychodynamisch wie ein roter Faden durchzieht. Dabei rate ich dem Krebspatienten – soweit er dafür zumindest prinzipiell empfänglich ist – die spezifische Gesprächstherapie mit einer medikamentösen Behandlung, sozusagen als Steigbügel-Effekt, zu unterlegen. Denn erfahrungsgemäß kostet eine Chemotherapie viel Substanz – und alles, was sich der Patient auf Grund gemilderter oder fehlender psychischer Alterationen an Kraftverlust erspart, bleibt ihm für den Kampf gegen den Krebs. Außerdem gelingt es dadurch auch leichter, psychodynamische Aspekte aufzuarbeiten, da der Patient zugänglicher wird. Umgekehrt kommen bei Krebspatienten in der Anamnese nicht selten Perioden mit psychischen Alterationen vor, sei es im Familienbereich, als Folge von Trauerfällen oder etwa durch langjähriges Mobbing am Arbeitsplatz.

Gibt es unter den Psychopharmaka Substanzen, welche sie klar bevorzugen?

A. Bernhaut: Großteils verwende ich gut verträgliche Antidepressiva, daneben Tranquilizer und – in seltenen Fällen – niederpotente Neuroleptika. Unter den Antidepressiva nehme ich neben SSRI bei weniger starker depressiver Symptomatik gerne hochdosierten Johanniskraut-Extrakt. Dieser ist auch bei schwerer depressiven Patienten mit starker Ablehnung von Psychopharmaka als „Einstiegs-Droge“ sehr nützlich, da man neben der guten Akzeptanz als Natur-Präparat davon ausgehen kann, dass gerade in der sensiblen Anfangsphase keine störenden Nebenwirkungen auftreten. Andererseits gelingt es manchmal auch, den Patienten zur Einnahme z.B. eines SSRI zu bewegen, in der Aussicht, dass wir – wenn es ihm etwas besser geht – im Sinne eines „fraktionierten Ausschlei-

chens“ auf ein Johanniskraut-Präparat umsteigen.

Betrachten wir nun Patienten mit Burn-out-Syndrom, welche sich ja auch nicht als psychisch krank einstufen.

A. Bernhaut: Das ist richtig – auch diese Patientengruppe hat manchmal Probleme mit der Vorstellung, Psychopharmaka einzunehmen. Trotzdem muss man diese Personen, die gewohnt sind, ständig ihre Grenzen zu überschreiten und sich quasi in einen Wirbel hineinzuarbeiten, dazu bringen, erst einmal ihren überhitzten Motor zu drosseln – und dies gelingt eigentlich recht gut mit Tranquilizern und einer milden antidepressiven Therapie. Erst danach ist der Patient zugänglich für Introspektion, Reflexion und Aufarbeitung. Das ist vergleichbar mit einem Tunnelbau, wo man zuerst den Fels sprengen muss, bevor man sich um die Feinarbeit kümmern kann.

Kann man die Situation des chronischen Schmerzpatienten anderer Genese mit der des Krebspatienten vergleichen?

A. Bernhaut: Beide haben durch einen oft längeren, zermürbenden Kampf mit der Krankheit Substanz verloren und beide benötigen einen psychischen Beistand, wobei der chronische Schmerzpatient wahrscheinlich noch weniger einsichtig ist, Psychopharmaka zu akzeptieren.

Kommen auch bei Suchtpatienten behandlungswürdige depressive Symptome vor?

A. Bernhaut: Diese Kombination ist nicht selten – gerade der Alkohol ist ja oft beim depressiven Mann (mehr als bei der Frau) das erste Therapeutikum. Andererseits ist gerade beim Alkoholkranken das Vorurteil gegenüber „Süchtigen“ und der Einnahme von Psy-

chopharmaka relativ stark ausgeprägt. Auch hier ist die Argumentation mit dem „Naturstoff“ Johanniskraut sehr nützlich – und aus meiner Erfahrung in Kombination mit spezifischen Therapeutika zur Alkoholverwöhnung auch im primären Einsatz absolut gerechtfertigt.

Wie sehen Sie abschließend die Bedeutung des Johanniskraut-Extrakts bei Ihrem Patientengut insgesamt?

A. Bernhaut: Die Beurteilung fällt aus meiner persönlichen Erfahrung heraus ausgesprochen positiv aus – in über 3 Jahren habe ich beispielsweise nur ein einziges Mal eine Rückmeldung über eine erhöhte Lichtempfindlichkeit (im Sinne einer rascheren Gesichtsrötung) erhalten, die der Patient noch dazu nicht einmal negativ bewertet hatte. Die Wirksamkeit andererseits ist zumindest für den in Jarsin® enthaltenen hochdosierten Extrakt in 3-mal täglicher Gabe gut dokumentiert und für mich zumindest bei eher leichteren Formen der Depression – wo ich Johanniskraut primär einsetze – auch ohne Zweifel nachvollziehbar. Einen großen Vorteil sehe ich außerdem in der guten Compliance gerade bei „nicht-psychiatrischen“ Patienten, die Psychopharmaka ansonsten meist ablehnen.



Wir danken für das Gespräch!

●
Unser Interviewpartner:
Dr. Alexander Bernhaut, FA f. Psychiatrie
und Neurologie, 1090 Wien,
Canisiusgasse 6/17