

Psychopharmaka

Eine psychotherapeutische Begleitung, sowie die Einnahme von Psychopharmaka können den Therapieverlauf mit Craniosacral Therapie unterstützen. Schnellwirkende Medikamente können die Klienten wenn möglich nach der Therapiesitzung einnehmen. Dadurch ist es oft einfacher den emotionalen Zustand eines Klienten zu verstehen. Oft wollen die Klienten auch wissen, was die verordneten Medikamente bewirken, wie stark sie süchtig machen und ob sie die Persönlichkeit verändern.

Dies zeigt die Tendenz der Klienten die Medikamente selber zu dosieren, da sie sich von ihren Ärzten manchmal bevormundet fühlen. Auf diese Weise kann es zu erneuten Krankheitsschüben kommen, wenn ein Medikament vorzeitig oder zu schnell abgesetzt wird. Zusammen mit passenden Therapieverfahren kann eine Behandlung mit Psychopharmaka den Therapieverlauf jedoch gut unterstützen. Greve, Osterfeld und Diekmann erwähnen: „Psychopharmaka können somit keine Krankheiten «heilen» also ihre Ursachen beheben, wie z.B. Antibiotika, die schädliche Bakterien beseitigen“¹. Bestimmend für die Gesundheit ist die Kombination von medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie. Folgende Prinzipien sind dabei bedeutsam:

- Niederdosierte Medikamente
- Möglichst kurzfristige Einnahme der Medikamente
- Gute Behandlung zur Stabilisierung und Heilung (Psychotherapie, Cranio, SE, Selbsthilfegruppen usw.)
- Allmähliches Absetzen der Medikamente
- Gesundheit

Obwohl die Psychopharmakaforschung riesige Fortschritte erzielt hat, erwähnen Greve, Osterfeld und Diekmann in ihrem 2006 aufgelegten Buch: „ Zum einen wirken Psychopharmaka längst nicht so spezifisch und passgenau, wie oft behauptet wird, und zum anderen gibt es keineswegs zu jeder psychischen Problematik ein wirksames Medikament.“² Wenn wir uns jedoch über die Möglichkeiten und Grenzen dieser Medikamente Bewusst sind, können sie einen Krankheitsverlauf durchaus positiv beeinflussen.

Es gibt 4 Hauptgruppen von Psychopharmaka:

- **Antidepressiva**

Sie verstärken die Wirkung der beiden Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin im synaptischen Spalt. Im vorliegenden Fall handelt es sich bei *Aurorix* um einen MAO-Hemmer, welcher den Abbau der Neurotransmitter behindert. Diese Medikamente hellen die Stimmung auf, was dazu führen kann, dass es den Betroffenen wieder leichter fällt am Alltagsleben teilzunehmen, sich zu freuen und sich nach getaner Arbeit wieder zu entspannen. Die Wirkung trifft jedoch nicht sofort ein, sondern erst im Verlauf von zwei bis vier Wochen. Antidepressiva sollten im Allgemeinen erst abgesetzt werden, wenn der Betroffene das Gefühl hat, dass die Depression nun vorüber ist.

- **Phasenprophylaktika**

¹ Umgang mit Psychopharmaka; Greve, Osterfeld und Diekmann, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006; S.8

² Umgang mit Psychopharmaka; Greve, Osterfeld und Diekmann, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006; S27

Dies sind Medikamente, welche die extremen Stimmungsschwankungen einer manisch-depressiven Erkrankung mildern und sie weniger oft auftreten lassen. Eine solche Störung wird auch Bipolare Störung genannt. Phasenprophylaktika wirken vorbeugend.

Bei Bipolaren Störungen mit ausgeprägten Depressiven Phasen, wie sie im vorliegenden Fall auftreten, können auch Antidepressiva verabreicht werden.

- **Neuroleptika**

Neuroleptika wirken, indem sie die Dopaminrezeptoren im Hirn blockieren. Dadurch kommt es zu einer Abschwächung der Weiterleitung eintreffender Reize. Dies kann jedoch zur Folge haben, dass die Nervenzellen mit einer vermehrten Rezeptorbildung reagieren, was zu einer Supersensitivitätspsychose führen kann. Die Neuroleptika haben zwei Wirkungen, sie schwächen alle Reize ab und sie sedieren, d.h. der Klient wird langsamer und müde. Je nach Medikament ist die Sedierung oder die Reizabschirmung ausgeprägter. Daher werden in der Praxis häufig abends andere Neuroleptika verschreiben, als morgens.

Sie helfen nicht Wahnideen oder Halluzinationen von realen Wahrnehmungen zu unterscheiden, können dem Klienten jedoch helfen durch die Abschirmung der Reizstärke zu einer Unterscheidung zu kommen, was real oder unreal ist. Da die Wirkung der Neuroleptika nicht angenehm erlebt wird, machen sie nicht süchtig. Die Nebenwirkungen dieser Medikamente sind vielfach und können auf die Steuerung der extrapyramidalen Bahnen einen negativen Einfluss haben.

- **Tranquilizer und Hypnotika**

Die meisten dieser Medikamente sind Benzodiazepine. Diese Moleküle lagern sich an die GABA Rezeptoren an und binden dadurch besonders gut die umherirrenden GABA-Moleküle und verstärken somit deren hemmende Wirkung auf zahlreiche, unterschiedliche Gehirnfunktionen. Dadurch wird die Einflussnahme äusserer Faktoren auf das Befinden verringert. Auch die vegetativen Reaktionen (Blutdruck, Puls, Schwitzen usw.) auf das seelische Erleben werden abgeschwächt.

Diese Medikamente bewirken ein wohliges, entspanntes Gefühl. Angst und Anspannung verschwinden und man fühlt sich freier und gelassener. Benzodiazepine fördern das Ein- und Durchschlafen. Bei entsprechender Dosierung kann der Schlaf sogar erzwungen werden. Gerade weil diese Medikamente sehr angenehm wirken, können sie schnell zu seelischer und körperlicher Abhängigkeit führen. Da sie auf die Muskulatur entspannend wirken, kommen sie auch beim vorliegenden Fall zur Anwendung. Sie helfen ihm, sich wohl und gelassen zu fühlen und entspannen gleichzeitig die Muskulatur. Nicht zu übersehen ist jedoch, dass *Temesta* (Lorazepam) diejenige Substanz ist, über welche die häufigsten Berichte von Abhängigkeit und Sucht vorliegen. Dies ist vor allem auf die besonders rasche Wirkung zurückzuführen. Die Wirkungsdauer der Benzodiazepine lässt sich nicht genau beziffern, sie wirken lange und können zu einer erheblichen Einschränkung der Fahrtüchtigkeit und Arbeitsfähigkeit führen.

Zu den Benzodiazepinen mit kurzer Wirkungsdauer zählt das *Dormicum* (Midazolam), welches in manchen Schweizer Spitälern routinemässig vor jeder Narkose verabreicht wird. Der Klient muss nüchtern sein und während der Wirkungsdauer ununterbrochen beobachtet werden, da *Dormicum* zu Atemstillstand führen kann. Nach Peter Levin sollte dieses Medikament

wenn immer möglich vermieden werden, da es traumatische Symptome massiv verstärken kann.

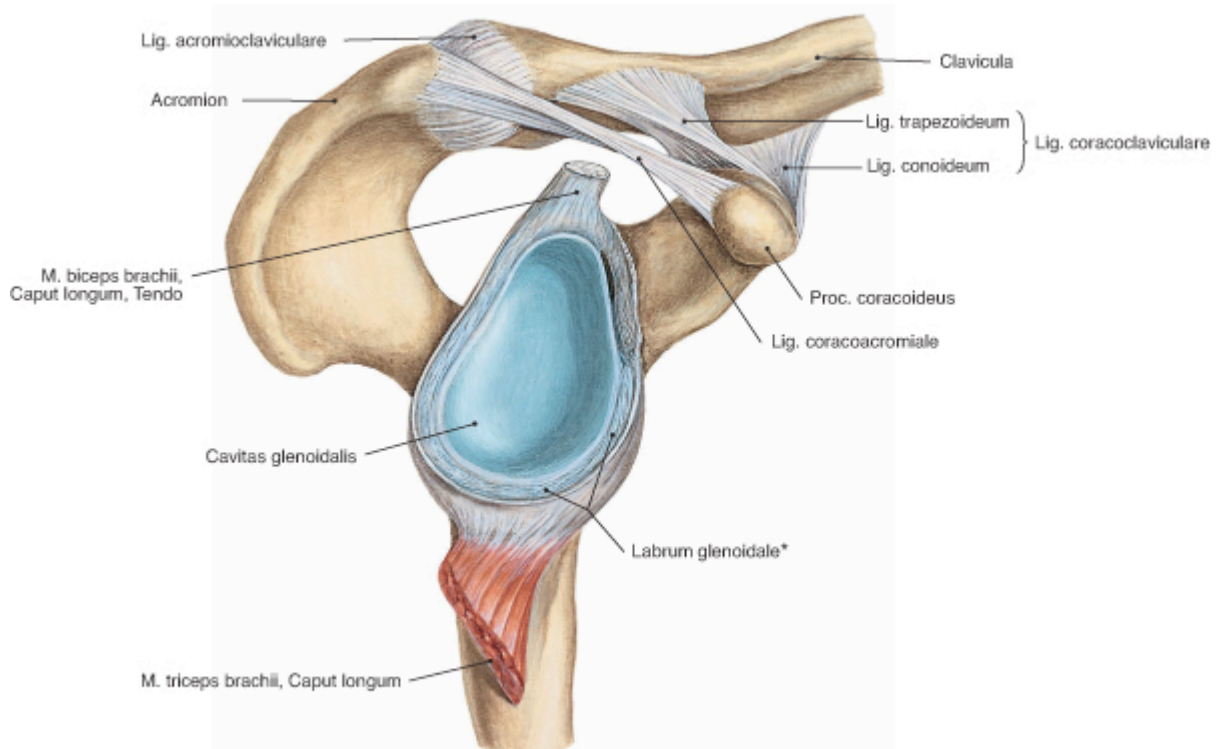
Manche Psychopharmaka erschweren die Cranio-Arbeit, da der Klient emotional abwesend ist. *Temesta* ist ein solches Medikament. *Aurorix* scheint diesbezüglich nicht so problematisch zu sein.

Schulterluxation

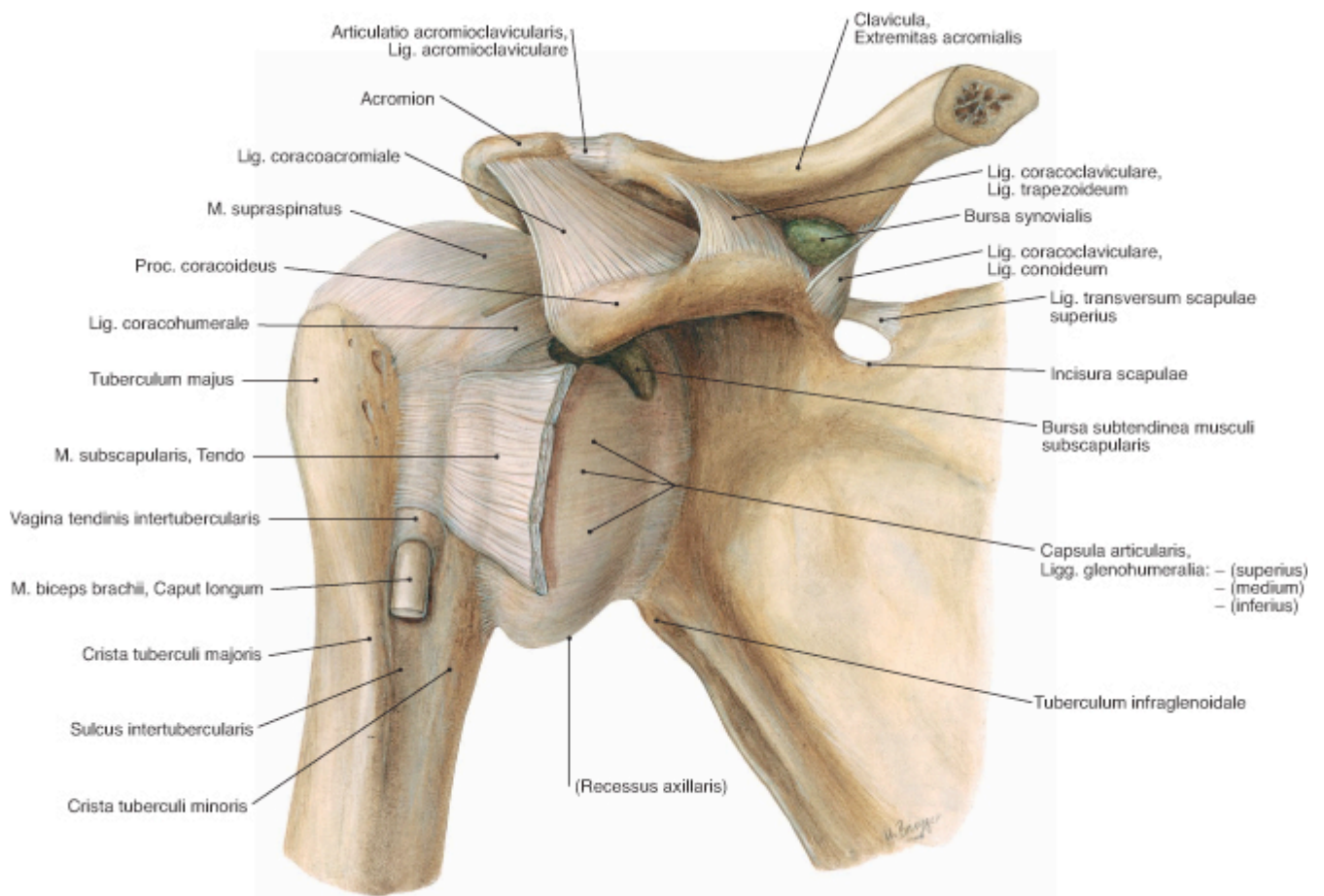
Bei der Schulterluxation handelt es sich um die häufigste Verrenkung - das Auskugeln der Schulter. Sie kann ohne äußere Einwirkung, durch einen Unfall oder im Wiederholungsfall auftreten. Die Diagnose erfolgt durch Tastbefund und Röntgen. Meist wird die Schulter nach dem Einrenken ruhig gestellt, operiert wird selten.

Wie ist das Schultergelenk aufgebaut?

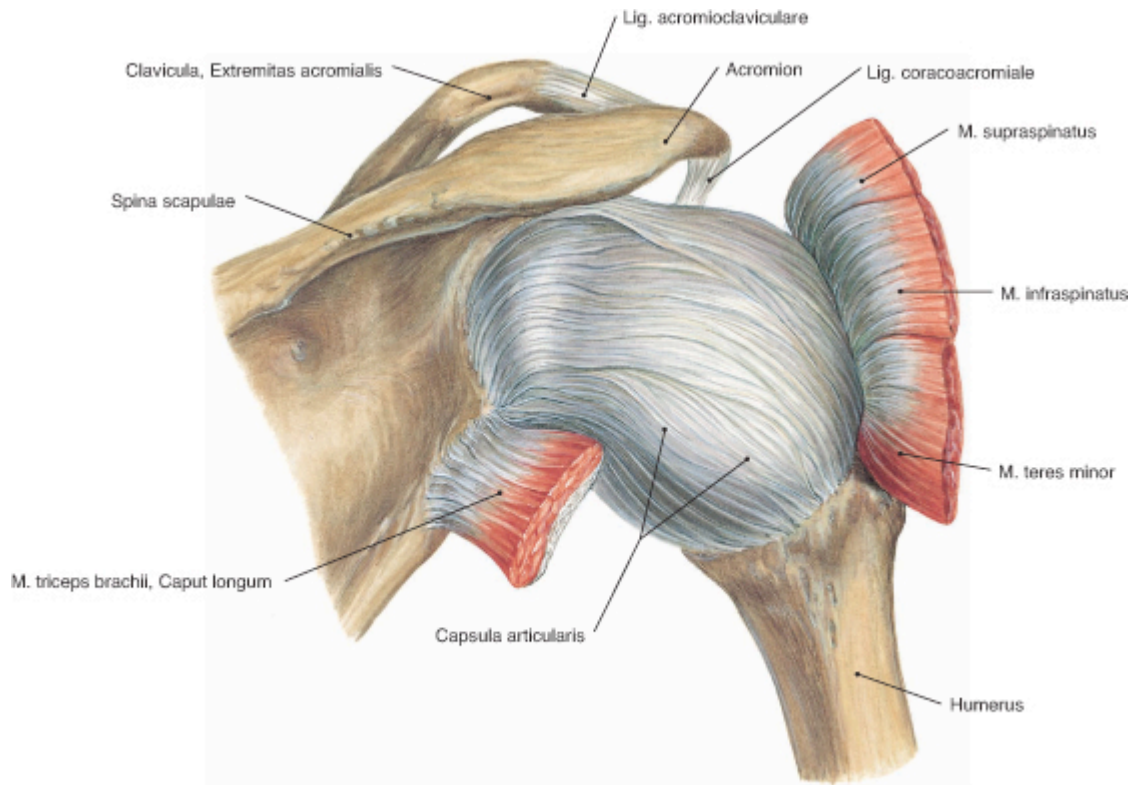
Das Schultergelenk ermöglicht dem Arm einen großen Bewegungsspielraum. Um diese große Beweglichkeit zu gewährleisten, ist die Gelenkfläche zwischen der Gelenkpfanne des Schulterblattes und dem Oberarmkopf relativ klein. Der Oberarmkopf ist etwa dreimal größer, als die Gelenkpfanne. Zur Vergrößerung der Kontaktfläche wird die knöcherne Gelenkfläche des Schulterblatts von einer Gelenkklippe umgeben. Zusätzliche Stabilität geben die Gelenkkapsel und die Muskulatur, die den Oberarmkopf kappenförmig umgreift. Die Fixierung des Gelenks ist durch eine aus vier Muskeln bestehende Muskelhaube, die so genannte Rotatorenmanschette, gewährleistet.



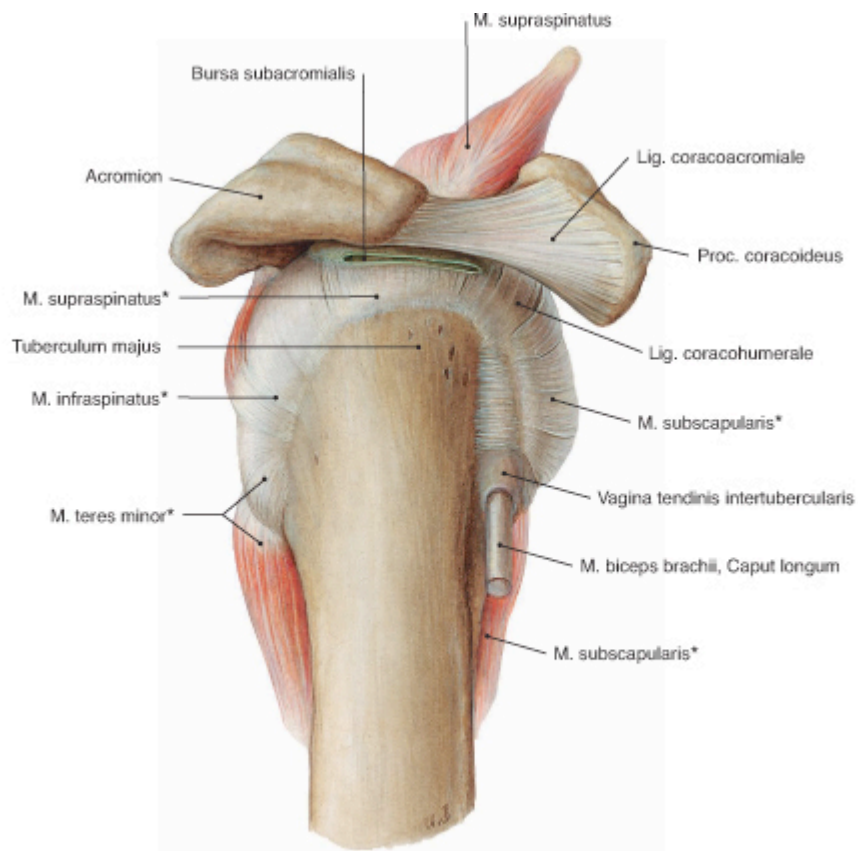
Putz / Pabst: Sobotta Atlas der Anatomie 1, 22.A. © Elsevier GmbH. www.studentconsult.de



Putz / Pabst: Sobotta Atlas der Anatomie 1, 22.A. © Elsevier GmbH. www.studentconsult.de



Putz / Pabst: Sobotta Atlas der Anatomie 1, 22.A. © Elsevier GmbH. www.studentconsult.de



Putz / Pabst: Sobotta Atlas der Anatomie 1, 22.A. © Elsevier GmbH. www.studentconsult.de

Wie kommt es zu einer Schulterluxation?

Aufgrund des großen Oberarmkopfes und der dazu relativ kleinen Gelenkpfanne kommt es im Schultergelenk leicht zu einer Ausrenkung. Die Schulter kann in verschiedene Richtungen ausrenken:

- nach vorne, 80 %
- nach unten, 15 %
- nach hinten, 5 %

Je nach Ursachen werden drei Arten der Schulterluxation unterschieden:

1. Habituelle Luxation

Ausrenken der Schulter ohne äußere Einwirkung. Die Ursache hierfür sind vor allem angeborene Fehlstellungen des Gelenks oder der Gelenkpfanne oder eine Schwäche der Gelenkkapsel.

2. Traumatische Luxation

Auskugeln der Schulter durch einen Unfall, zum Beispiel einen Sturz auf den nach hinten ausgestreckten Arm.

3. Rezidivierende Luxation

Diese Art der Schulterluxation ähnelt der habituellen Luxation. Der Unterschied besteht darin, dass die Ursache der wiederholten Luxation in einer vorausgegangenen ersten traumatischen Schulterluxation liegt. Vor allem junge, aktive und sportliche Menschen sind von dieser Art der Schulterluxation betroffen. Man schätzt, dass etwa 80 Prozent der unter Dreißigjährigen nach der ersten Luxation eine zweite erleiden.

Therapie

Wird die Schulter beruflich oder sportlich bedingt stark belastet, ist es wichtig, die beteiligte Muskulatur auf Dauer zu kräftigen. Nur sie kann dem Gelenk zusätzliche Stabilität verschaffen. Dies gilt auch dann, wenn die Luxation schon einige Zeit zurückliegt. Anfangs wird die Kräftigung der Schultergürtelmuskulatur im Rahmen der Krankengymnastik durchgeführt. Die Übungen müssen dann eigenständig fortgeführt werden. Die Muskelkräftigung kann auch im Rahmen eines Trainings im Fitnessstudio unter fachlicher Anleitung erfolgen.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis zum 30. Lebensjahr) kommt es in mehr als der Hälfte der Fälle nach der ruhigstellenden Behandlung zum Auftreten einer erneuten Luxation. Nach dem ersten oder zweiten Wiederauftreten sollte eine operative Stabilisierung erfolgen. Anderenfalls kann es durch wiederholte Luxationen zu einem dauerhaften Schaden am Gelenk kommen. Durch den Verzicht auf schulterbelastende Sportarten kann das Risiko einer erneuten Ausrenkung vermindert werden.

Operative Therapie

Die sofortige operative Wiederherstellung des Schultergelenkes ist notwendig

- bei einer nicht möglichen Wiedereinrenkung,
- wenn es nicht möglich ist, den Oberarmkopf im Gelenk zu halten,
- bei begleitendem Gefäßschaden,
- bei knöchernem Pfannenrandbruch,

- bei verschobenen Brüchen der Oberarmhöcker,
- bei Abrissverletzungen der Sehnen.

Sekundäre operative Therapie

Die sekundäre operative Therapie (das heißt eine Operation zu einem späteren Zeitpunkt) ist zu empfehlen bei:

- wiederkehrender Ausrenkung,
- subjektiver Instabilität,
- Rissen der Rotatorenmanschette mit fortschreitenden Beschwerden.

Das Risiko des erneuten Ausrenkens verringert sich von 80-100 % vor der Operation auf unter 5 % nach dem Eingriff. Eine 100-prozentige Sicherheit gibt es allerdings nicht.