

AUSSPRACHE

Sehr bedauere ich die Fehlinterpretation des Tenors meines Artikels: ich beziehe wahrlich keine „eindeutig negative Stellung“ zur Akupunktur-Analgesie. Ich beabsichtige vielmehr eine vorurteilsfreie, aber auch nüchterne Würdigung eines hochinteressanten Analgesieverfahrens, das die Schmerzforschung so außergewöhnlich befruchtet hat, und das durch umsichtige klinische Erprobung von chinesischen Kollegen zu einem indiziert einsetzbaren Anästhesieverfahren entwickelt wurde.

Dr. med. Jan Baum
Klinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin
der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster
Jungeblodtplatz 1, 4400 Münster

Pfefferminzöl beim Reizkolon

Zu einem Referat
in Heft 19/1980, Seite 1240

Die Behandlungsversuche des Colon irritabile sind ebenso vielfältig wie erfolglos. Ich selber leide beziehungsweise litt seit etwa 10 Jahren in zunehmendem Grade an Colon irritabile. Von meinen zahlreichen Versuchen medikamentöser oder diätetischer Art brachte nur Duspatal® (Mebeverin) einen mäßigen und vorübergehenden Erfolg. Eine Notiz im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT veranlaßte mich, der dort angegebenen Medikation mit täglich 0,2 Milliliter Mentha piperita zu folgen; allerdings über Monate und stets in Kombination mit Imbak-Lax (dieses morgens und abends, das Pfefferminzöl nur morgens). Der Erfolg war angesichts des langjährigen Zustandes und einer sehr belastenden Vorgeschichte erstaunlich. Kaum noch Meteorismus, fast täglich normale spontane Entleerungen, weitgehende Besserung eindeutig enterotoxisch bedingter Reaktionen seitens Haut (urtikariell) und Kreislauf.

Professor Dr. med.
Rüdiger v. Volkmann
Hartmeyerstraße 10, 7400 Tübingen

AUS DER PRAXIS

Die Bedeutung der Tranquilizer in der Depressionsbehandlung

Paul Kielholz und Walter Pöldinger

Verschiedene Publikationen und Werbebroschüren haben dazu geführt, daß zwei Gruppen von Psychopharmaka leicht verwechselt werden können. Es sind dies

- ▶ einerseits die Antidepressiva und
- ▶ andererseits die Tranquilizer, auch Minortranquilizer genannt.

Antidepressiva

Unter *Antidepressiva* verstehen wir Stoffe, die auch bei endogenen Depressionen in den ersten Wochen der Behandlung, in welchen mit einer Spontanremission noch nicht zu rechnen ist, eine deutliche antidepressive, das heißt vor allem stimmungsaufhellende Wirkung haben. Neben der eigentlichen stimmungsaufhellenden antidepressiven Wirkung haben sie auch eine psychomotorische, und zwar entweder eine psychomotorisch aktivierende, stabilisierende oder dämpfende Wirkung. Diese psychomotorische Wirkung ist maßgeblich dafür, welche Medikamente man bei gehemmten und welche man bei agitierten Depressionen einsetzt. Bei den Antidepressiva können wir solche unterscheiden, welche die Monoaminoxidase (MAO) hemmen und daher auch MAO-Hemmer genannt werden, und solche, welche diese Wirkung nicht aufweisen. Die Nicht-MAO-Hemmer sind vor allem trizyklische und tetrazyklische Verbindungen, neuerdings aber auch Substanzen verschiedener chemischer Struktur.

In Tabelle 1 wurden einige Antidepressiva (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) bezüglich ihrer chemischen Kurzbezeichnung und – soweit sie bereits erhältlich sind – zu-

sammengestellt. Diese Antidepressiva stellen die Basistherapie aller Depressionen dar, weil sie nicht nur bei endogenen, sondern auch bei allen anderen psychogenen und somatogenen Depressionen ihre antidepressive Wirkung entfalten.

Tranquilizer

Im Unterschied dazu wirken die *Tranquilizer* vor allem angstlösend, entspannend, psychovegetativ stabilisierend und schlafauslösend. Eine antidepressiv-stimmungsaufhellende Wirkung im Fall endogener Depressionen konnte für Tranquilizer bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Depressive Patienten erleben durch Tranquilizer aber vor allem, und zwar sehr rasch eine angstlösende Wirkung, was für sie eine deutliche Besserung bedeutet. Im Unterschied dazu wirken die Antidepressiva in der Regel erst nach einigen Tagen stimmungsaufhellend.

Der Unterschied besteht nun aber darin, daß die Antidepressiva die Depression beeinflussen, während die Tranquilizer vor allem auf die Angst einwirken. Bei den psychogenen Depressionen kommt es daher zu Überschneidungen, da hier sowohl angstlösende als auch stimmungsaufhellende Medikamente günstig wirken können. Bei den endogenen Depressionen dagegen und ebenso bei jenen Depressionen, bei welchen eine endogene Komponente eine Rolle spielt, kommt den Tranquilizern nur die Bedeutung einer zusätzlichen Medikation zu, dann nämlich, wenn Angst- und Spannungsgefühle im Vordergrund stehen oder wenn man sie ihrer schlafinduzierenden Wirkung wegen verabreicht. ▷

Tabelle 1: Antidepressiva, im Handel in der Bundesrepublik Deutschland, Stand: August 1980

| Internationale Kurzbezeichnung (INN) | Handelsname |
|--|--|
| 1. Nicht-MAO-Hemmer | |
| 1.1. psychomotorisch aktivierend | |
| Desipramin | Pertofran® |
| Nomifensin | Alival® |
| Nortriptylin | Nortrilen® Benpon® ¹⁾ Eldoral® ²⁾ |
| Protriptylin | Maximed® |
| 1.2. psychomotorisch stabilisierend | |
| Clomipramin | Anafranil® |
| Dibenzepin | Noveril® Noveril mite® Noveril retard® |
| Dimetacrin | Istonil® |
| Imipramin | Tofranil® Tofranil mite® |
| Imipraminoxid | – |
| Lofepramin | Gamonil® |
| Maprotilin | Ludiomil® Ludiomil mite® |
| Melitracen | Trausabun® |
| Mianserin | Tolvin® |
| Viloxazin | Vivalan® |
| 1.3. psychomotorisch dämpfend | |
| Amitriptylin | Laroxyl® Saroten® Saroten retard® Tryptizol® Limbatril® Limbatril Tabs® ³⁾ Limbatril F® |
| Doxepin | Aponal® Aponal forte® Siquan® |
| Opipramol | Insidon® |
| Trazodon | Thombran® Thombran forte® Thombran mite® |
| Trimipramin | Stangyl® |
| 2. MAO-Hemmer | |
| Isocarboxazid | – |
| Tranlylcypromin | Parnate® Jatrosom® ⁴⁾ |

1) Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Flupentixol
2) Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Fluphenazin
3) Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Chlordiazepoxid
4) Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Trifluoperazin

Tabelle 2: Tranquilizer, im Handel in der Bundesrepublik Deutschland, Stand: August 1980

| Internationale Kurzbezeichnung (INN) | Handelsname |
|---|--|
| 1. Angstlösende Tranquilizer | |
| 1.1. Benzodiazepinderivate | |
| Bromazepam | Lexotanil 6® |
| Camazepam | Albego® |
| Chlordiazepoxid | Librium® Librium Tabs® |
| Clobazam | Frisium® |
| Diazepam | Valium® |
| Dikaliumclorazepat | Tranxilium® |
| Ketazolam | Contamex® |
| Lorazepam | Tavor® |
| Medazepam | Nobrium® |
| Oxazepam | Adumbran® Adumbran forte® Praxiten® Praxiten forte® |
| Prazepam | Demetrin® |
| Temazepam | – |
| 1.2. Dibenzobicycloctadienderivate | |
| Benzoctamin | Tacitin® Tacitin mite® |
| 1.3. Diphenylmethanderivate | |
| Hydroxyzin | Atarax® Masmoran® |
| 1.4. Propandiolderivate | |
| Meprobamat | Aneurial® Cyrpon® Cyrpon forte® Miltaun® Miltaunetten® |
| 1.5. Thienodiazepinderivate | |
| Clotiazepam | Trecalmo® |
| 2. Schlafinduzierende Tranquilizer | |
| 2.1. Benzodiazepinderivate | |
| Flunitrazepam | Rohypnol® |
| Flurazepam | Dalmadorm® |
| Nitrazepam | Mogadan® |
| Triazolam | Halcion® |

Psychopharmaka

Zusammenwirkung von Antidepressiva und Tranquilizern

Da aber bei depressiven Erkrankungen immer wieder die Gefahr der Suizidalität besteht, ist es wichtig, einerseits die depressive Verstimmung rasch aufzuhellen, andererseits aber auch in den ersten Tagen eine dämpfende Wirkung zu erreichen, das bis zu dem Zeitpunkt, in dem es zur Stimmungsaufhellung kommt.

Es ist daher durchaus sinnvoll, Vertreter beider Medikamentengruppen zu verwenden.

► Nur muß eben die antidepressive Therapie die Basistherapie sein, und sie muß solange anhalten, wie die depressive Phase dauert, weil es sich ja nur um eine symptomatische Therapie handelt.

► Die Tranquilizer dagegen müssen nur solange gegeben werden, bis die eigentliche antidepressive Wirkung der Antidepressiva einsetzt. Sie haben den Zweck, während dieser Periode die Symptome Angst und innere Unruhe zu beeinflussen.

Zur Schlafinduktion können die entsprechenden Tranquilizer selbstverständlich auch über längere Zeit verabreicht werden.

In Tabelle 2 wurden einige Tranquilizer, geordnet nach den Merkmalen angstlösend und schlafinduzierend, zusammengestellt, wobei wieder die chemischen Kurzbezeichnungen und – sofern sich die Psychopharmaka bereits im Handel befinden – die Markennamen angeführt wurden.

Abschließend möchten wir nochmals eindringlich darauf hinweisen, daß es sich bei den Antidepressiva und bei den Tranquilizern um *verschieden wirkende Psychopharmakagruppen* handelt, die nicht verwechselt werden dürfen, sondern streng unterschieden werden müssen. Während die

► Antidepressiva auch bei endogenen Depressionen und Depressio-

nen mit endogener Komponente eine stimmungsaufhellende Wirkung entfalten, kommt eine derartige Wirkung den

► Tranquilizern nicht zu. Sie sind daher vorwiegend als Zusatzmedikation zu verwenden, dann nämlich, wenn Angstgefühle und innere Spannung das Bild beherrschen oder wenn schwere Schlafstörungen vorliegen, was ja bei Depressionen häufig der Fall ist.

Diese Unterscheidung ist vor allem auch in bezug auf Selbstmordverhütung von großer praktischer Bedeutung.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. Paul Kielholz
Präsident des Internationalen Komitees für die Prävention und Therapie der Depressionen (PTD-Komitee)
Psychiatrische Universitätsklinik
W.-Klein-Straße 27
CH-4000 Basel

Professor Dr. med. Walter Pöldinger
Präsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe (IASP)
Chefarzt der Kantonalen psychiatrischen Klinik
CH-9500 Wil/St. Gallen

BERICHTIGUNG

Zystitis

In Heft 44/1980, Seite 2615, ist ein Aussprachebeitrag von Privatdozent Dr. med. P. Breitwieser zu der Arbeit „Zystitis“ veröffentlicht. Aufgrund einer typografisch notwendigen Textverlängerung entstand eine sprachlich wenig schöne Textänderung. Der Autor bittet uns um eine Richtigstellung. Ursprünglich hießen der viert- und fünftletzte Absatz: „Dieses Postulat erkennt jeder Arzt an. Nicht aber die in Tabelle 1 und 2 genannten Anweisungen für den Patienten zur Gewinnung von Mittelstrahlurin“. DA

FÜR SIE GELESEN

Körperliches Training bei Claudicatio intermittens

Beim Vorliegen einer peripheren Verschlusskrankheit im Stadium II nach Fontaine, also bei Claudicatio intermittens, ist ein regelmäßiges kontrolliertes und dosiertes Bewegungstraining die Behandlungsmethode der Wahl.

Im Vordergrund der aktiven Übungsbehandlung sollten immer Gehübungen stehen. Sie schulen die Flexibilität und Koordination und führen zu einer optimalen Ökonomisierung des Bewegungsablaufes. Gleichzeitig kommt es zu günstigen Trainingswirkungen auf die Skelettmuskulatur.

Eine englische Arbeitsgruppe führte bei 21 Patienten mit einer Claudicatio ein kombiniertes Einzel- und Gruppentraining durch. Die Patienten wurden angehalten, zu Hause ein fest vorgeschriebenes tägliches Trainingsprogramm (Gehtraining und gymnastische Übungen) durchzuführen. Einmal wöchentlich wurde ein Gruppentraining durchgeführt. Nach sechs Monaten zeigte sich bei 18 Patienten eine signifikante Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke um durchschnittlich 80 Prozent. Beim Stufentest betrug der Leistungszuwachs 75 Prozent. Bei der Messung der Leistungsfähigkeit auf dem Laufband und bei der Fahrradergometrie ergaben sich keine signifikanten Verbesserungen. Ebenso waren die mittels Ultraschall-dopplersonde gemessenen Drücke im Bereich der Arteria tibialis posterior vor und nach Belastung sowie die Pulswellenamplitude nicht durchgreifend besser geworden.

Die Autoren vermuten, daß neben den spezifischen Trainingseffekten offenbar auch gruppenpsychologische Momente beim Training mit Claudicatio-intermittens-Patienten eine Rolle spielen. Dem

Clifford, P. C.; Davies, P. W.; Hayne, J. A.; Baird, R. N.: Intermittent claudication. Is a supervised exercise class worth while?, Brit. med. J. I (1980) 1503