

# Kava-Kava: Eine Lücke, die keiner wollte



**Prof. Dr. med. Volker Faust, Autor mehrerer Bücher über psychotrope Phytopharmaka, leitet die Abteilung Allgemeine Forschung und Lehre des ZfP Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg.**

**Prof. Faust:** Wir haben lange gehofft, daß Kava-Kava als eine Art Pflanzen-Anxiolytikum zusammen mit den Benzodiazepin-Tranquilizern je nach Indikationsschwerpunkt eine nützliche Alternative im Alltag von Klinik und Praxis werden könnte. Jetzt bricht uns diese Behandlungssäule weg. Also bleiben wieder einmal nur die chemischen angstlösenden Beruhigungsmittel, wenn eine Pharmakotherapie sein muß. Das ist nach neueren Erkenntnissen im Rahmen eines effektiven Gesamtbehandlungsplans kein unerheblicher Teil der Betroffenen.

Die früher eher diffusen Indikationen lagen ja bei „Spannungs- und Unruhezustände nicht psychotischer Genese“, was aber keine Diagnose darstellt. Unter den konkreten Krankheitsbildern erhoffte man sich am meisten bei der frühen Angstneurose, heute als Angststörung bezeichnet, und hier vor allem beim generalisierten Angstsyndrom, also den übermäßig starken Sorgen und Befürchtungen, die in dieser Form nicht angebracht sind

*Kava-Kava-Zubereitungen sind bereits in den letzten Monaten nur auf Rezept zu haben gewesen, ab 14. Juni 2002 dürfen sie gar nicht mehr verkauft werden. Auf welche Alternativen kann der Arzt bei der Behandlung von Angstpatienten ausweichen?*

und vor allem auch nicht mehr willentlich kontrolliert werden können, eine Hilfe. Nachdem es nun keine Kava-Kava-Präparate mehr gibt, dürften auf medikamentöser Ebene wieder am ehesten Benzodiazepine in Tropfenform – und damit so niedrig wie möglich dosiert – in Frage kommen.

*Die sind aber nur für kurzfristige Anwendung bestimmt. Was kann man den Patienten mit längerfristigen Beschwerdebildern oder gar mit chronischen Verläufen geben?*

**Prof. Faust:** Jetzt wird man – wie früher bei mittelschweren Angststörungen auch, nur eben ohne eine mögliche Kava-Kava-Alternative – bei solchen Patienten wieder mit niedrig dosierten niederpotenten Neuroleptika sowie gegebenenfalls mit allen jenen Psychopharmaka vorgehen, die auch für andere Formen der Angststörung empfohlen werden, d.h. selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), trizyklische Antidepressiva, gegebenenfalls Mono-Aminooxidasehemmer der alten und neuen Generation und eben Benzodiazepin-Tranquilizer. Als Mittel erster Wahl schei-

nen sich die SSRI zu entwickeln, was aber einige Kenntnis voraussetzt.

*Alle diese Substanzen haben aber auch ihre spezifischen Risiken. Eine Verbesserung der Situation der Patienten bringt es also nicht gerade...*

**Prof. Faust:** Daher sollte man kompensatorisch umso stärker auf Selbstmanagement und eine gezielte Psychotherapie setzen, wobei verhaltenstherapeutische Maßnahmen immer häufiger eingesetzt werden. Nicht zu unterschätzen – wenngleich aus Bequemlichkeit oder Nachlässigkeit gerne lächerlich gemacht – ist die körperliche Aktivität (in der dunklen Jahreszeit beim Tageslicht), vor allem das inzwischen immer beliebter werdende Nordic Walking, damit sich auch die obere Körperhälfte besser einbringt, sowie stärkere zwischenmenschliche Kontakte und insbesondere Hobbys. Zur Psychohygiene gehört auch die Soliloqui, der halblaute Dialog mit sich selbst. Trotzdem darf man nicht verkennen: Hier ist eine medikamentöse Lücke entstanden, die keiner wollte und über die keiner glücklich sein kann.

ul