

Neuroleptika reduzieren und absetzen

Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene,
Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen



und unseren engagierten Landesverbänden.

■ **Sie möchten sich weiterqualifizieren?**

Die DGSP bietet ihren Mitgliedern ein umfangreiches Fortbildungsangebot zu Sonderkonditionen an.

■ **Engagement, Austausch, Information,**

Qualifikation: Unsere Fachtagungen zu den wichtigen und aktuellen Themen bieten alles zusammen.

■ **Sie sind überzeugt?**

Dann sollten Sie...



**Mitglied werden,
Psychiatrie bewegen!**

**Mitglied werden,
Psychiatrie bewegen!**

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



**Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie**

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

Tel.: 0221 511002

Fax: 0221 529903

dgsp@netcologne.de

www.dgsp-ev.de

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

nach der ersten Veröffentlichung des „Memorandums der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Neuroleptika“ im Januar 2010 und der überarbeiteten Neuauflage von 2012 haben wir eine große Resonanz erfahren. Das Memorandum hat eine breite Debatte um Wirkung und Nutzen dieser Gruppe der Psychopharmaka in der Fachöffentlichkeit und bei Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen ausgelöst und viel Zustimmung erfahren, war aber auch Zündstoff für kontroverse Diskussionen. Uns freuen diese Reaktionen. Die Gründung des trialogisch besetzten Fachausschusses Psychopharmaka der DGSP im Jahre 2010 war eine Folge dieser Debatte.

Das Memorandum bewirkte auch, dass die DGSP immer häufiger um Rat und Unterstützung bei der Frage nach „Reduktion und Absetzen von Neuroleptika“ gebeten wurde.

Der DGSP-Fachausschuss Psychopharmaka setzte sich daraufhin zum Ziel, eine Hilfestellung für diese Fragen zu erarbeiten. Mit dieser Broschüre halten Sie das Ergebnis in den Händen.

Wie jede größere Veränderung im Leben eines Menschen ist auch die Reduktion und das schrittweise Absetzen von Neuroleptika mit sehr viel kritischer Reflexion über den individuellen Krankheitsverlauf, Disziplin und der Hilfe und Unterstützung von vertrauten Menschen verbunden.

Wir denken und hoffen, dass diese Broschüre nicht nur reduktionswilligen Nutzerinnen und Nutzern dieser Medikamente, sondern auch all den Menschen, die fördernd begleiten wollen, ein Leitfaden auf dem Weg der Neuroleptikareduktion ist. Ebenso hoffen wir, dass diese Veröffentlichung die Fachdebatte weiter anregt.

Oktober 2014

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

Tel.: 0221 511002

Fax: 0221 529903

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Internet: www.dgsp-ev.de

1. Auflage, Köln 2014

Vorwort

Wir betreten mit dieser Broschüre und den darin enthaltenen Informationen zum Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika in gewisser Weise Neuland in der psychiatrischen Versorgung und der Literatur zur Psychopharmaka-Behandlung. Insgesamt können wir nur auf sehr wenige Forschungsergebnisse und klinische Erfahrungen zurückgreifen. Üblicherweise erhalten Menschen mit Psychosen, die Neuroleptika bekommen, von professioneller Seite eher den Rat, die Medikation dauerhaft einzunehmen. Aufgrund besserer Kenntnisse und Informationen über häufige Nebenwirkungen und erlebter deutlicher Einschränkungen möchten viele Psychose-Erfahrene die Neuroleptika nicht auf Dauer, geringer dosiert oder gar nicht mehr einnehmen.

In Europa und den USA sind zunehmend Initiativen entstanden, die sich mit dem Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika beschäftigen. Dies führt zu weiter wachsenden Erfahrungen und Informationen zu diesem Thema, die wir in dieser Broschüre zusammengetragen haben. Trotzdem ist für jeden Einzelnen eine kritische Würdigung der hier dargestellten Informationen erforderlich. Es gibt ganz sicher nicht den einen Weg zum Reduzieren und eventuellen Absetzen, der für alle Betroffenen gut passt, sondern der eigene und stimmige Weg muss immer mit viel Sorgfalt gesucht und gefunden werden. Es geht dabei vor allem auch darum, herauszufinden, was für die Einzelne/den Einzelnen mit ihren/seinen besonderen Neigungen und Fähigkeiten und in der jeweiligen individuellen Lebenssituation an die Stelle der Medikamente treten kann und soll. Zudem ist es so gut wie nie ein einsamer Weg. Daher sollten auch Kooperationspartnerinnen und -partner im privaten und professionellen Bereich gefunden werden.

Das Material wurde vom Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP zusammengestellt und verfasst. Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge wurden von Gastautorinnen und -autoren geschrieben.

Der Fachausschuss ist trialogisch besetzt. Ihm gehören unter anderen an: Margret Osterfeld, Mario Müller, Markus Kaufmann, Roswitha Hurtz, Dr. Sebastian Stierl, Ursula Buchta, Vicky Pullen, Dr. Volkmar Aderhold, Dr. Wassili Hinüber.

Oktober 2014

Der Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP

Inhalt

Einleitung: Wozu diese Broschüre?	5
Kapitel 1: Rechtliche Aspekte	7
Aufklärung	7
Reduktionswünsche im Fachgespräch	8
Rechtliche Betreuung und Reduktion der Medikation	8
Ambulante Pflege – Nötigung zur Medikation	9
Zwangsbehandlung	9
Patientenverfügung	10
Kapitel 2: Hirnveränderungen in akuten Psychosen und unter der Gabe von Neuroleptika	11
Neurobiologische Grundlagen	11
Wie Neuroleptika wirken	13
Rezeptor-Veränderungen durch Neuroleptika	15
Nebenwirkungen	16
Motorische Nebenwirkungen	17
Überdosierungen und Verordnungshäufung (Polypharmazie)	17
Kapitel 3: Vor dem Reduzieren	25
Allgemeine Informationen	25
Vorbereitung auf einen Reduktionsversuch – wieder „Experte in eigener Sache“ werden	26
Faktor Zeit	27
Innere und äußere Stabilität	28
Angst vor dem Verlust von Schutz, Sicherheit und Kontrolle	29
Stationäre Behandlung während eines Reduktionsversuches	30
Frühwarnzeichen für Krisen	30
Schlafprobleme	31
Therapie und Selbsthilfegruppen	31
Durch Reduzieren ausgelöste körperliche und psychische Probleme	32

Kapitel 4: Reduzieren und Absetzen	35
Wie gehe ich beim Reduzieren und Absetzen vor?	35
Mögliche Probleme beim Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika	39
Unterscheidung zwischen Absetzphänomenen und Krankheitssymptomen	40
Kapitel 5: Alternative Möglichkeiten zum Umgang mit Problemen/Symptomen	47
Was tun bei Anspannung und Angst?	47
Was tun bei Stimmenhören?	49
Kapitel 6: Umgang mit neuen Krisen	55
Kapitel 7: Die Situation der Angehörigen	59
Kapitel 8: Erfahrungen beim Reduzieren und Absetzen	61
Der Psychose vorbeugen – ein Erfahrungsbericht <i>Regina Bellion</i>	61
Neuroleptika absetzen – Erfahrungen in der Klinik <i>Martin Zinkler, Michael Waibel, Klaus Laupichler</i>	63
„Es hat sich gelohnt, diesen Weg zu gehen“ – ein Absetzbericht	66
Kapitel 9: Reduzieren und Absetzen in besonderen Situationen	71
Neuroleptika reduzieren im psychiatrischen Wohnheim	71
Neuroleptika reduzieren bei Demenz/in Seniorenheimen <i>Bernd Meißnest</i>	76
Neuroleptika reduzieren bei Kindern und Jugendlichen <i>Charlotte Köttgen</i>	82

Einleitung: Wozu diese Broschüre?

Neuroleptika – etwa als „Nervendämpfungsmittel“ zu übersetzen – sind verschreibungspflichtige Medikamente, die von einem Arzt verordnet werden müssen. Neuroleptika sind aber anders als andere Medikamente, weil sie nicht Organe des Körpers beeinflussen, sondern das Gehirn, genauer: die Seele (= Psyche, *Psychopharmakon*). Neuroleptika unterscheiden sich aber auch von anderen Psychopharmaka. So gibt es Psychopharmaka, die beruhigen (Tranquilizer), den Schlaf fördern (Hypnotika), die Stimmung heben (Antidepressiva) oder bei extremen Stimmungsschwankungen ausgleichend wirken (Phasenprophylaktika).

Neuroleptika werden bei seelischen Störungen eingesetzt, die meist schwierig zu beschreiben und abzugrenzen sind. Oft ist für die Betroffenen die Diagnose schwer zu akzeptieren, zumal, wenn die Krankheitsbezeichnung gleichzeitig als Schimpfwort verwendet wird („Du bist doch schizophren!“). Und die Erfahrungen, die einen zum Arzt/zu einer Ärztin gebracht haben, sind oft existenziell erschütternd und ängstigend. Irgendwas hat sich verändert, und zwar heftig. Wie viel dabei an den Betroffenen selbst liegt und wie viel an anderen, ist ziemlich unklar. Wie eine „Krankheit“, so wie man die letzte Grippe in Erinnerung hat, so fühlt es sich jedenfalls nicht an! Da ist dann bei Ärztinnen und Ärzten schnell von „mangelnder Krankheitseinsicht“ die Rede. In Wirklichkeit sind die Veränderungen so merkwürdig, dass die Vorstellung von einer „Krankheit“ nicht ganz passt. Genau betrachtet kommt es aber tatsächlich bei manchen Menschen zu Abweichungen im Denken, im Fühlen und im Verhalten, die von anderen nicht mehr nachvollzogen und verstanden werden können.

Unter günstigen Umständen kann so etwas, was man „Psychose“ nennt, auch von allein wieder abklingen. Leider sind die Umstände nicht immer günstig. Und manchmal helfen auch günstige Umstände nicht nachhaltig. Wenn Sie Glück hatten, dann waren die Umstände zumindest so günstig, dass man Ihnen das Besondere dieser Krankheit erklärt hat. Dann hat man Ihnen die Wirkung des Neuroleptikums erklärt, z.B. dass man dadurch „ein dickeres Fell“ bekommt, dass eine Blockade der gestörten Reizverarbeitung im Gehirn Störungen in der Wahrnehmung und im Denken lindern würde. Dann hat man Ihnen eine niedrige Probedosis des Neuroleptikums gegeben, und Sie wurden gefragt, ob Sie die Wirkung als hilfreich erleben oder unangenehm, vielleicht sogar als ängstigend. Möglicherweise waren die Umstände ungünstig. Vielleicht war die erste Begegnung mit der Psychiatrie für Sie unangenehm und nicht hilfreich, vielleicht alles

andere als freiwillig, mit Druck aus verschiedensten Richtungen. Vielleicht waren die Erklärungen durch die Spezialisten wenig einleuchtend. Vielleicht haben Sie sehr rasch Medikamente bekommen. Vielleicht sind Sie der Überzeugung, dass die Behandler Ihre wirkliche Situation gar nicht verstanden haben. Vielleicht haben Sie inzwischen erfahren, dass das tatsächlich keine harmlosen Medikamente sind, die Sie da täglich einnehmen. Vielleicht sind Sie auch darüber gestolpert, dass es Leute gibt, die das ganze Gerede von „Psychose“ und „Krankheiten“ für Blödsinn halten.

Vielleicht sind Sie aber auch jemand, der professionell mit Neuroleptika umgeht, der sie verordnet oder Anordnungen ausführt und weder den Hochglanzbroschüren der Pharmaindustrie noch den klassischen Lehrbüchern wirklich traut. Vielleicht haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass Neuroleptika Familien, aber auch Teams, in heftige Konflikte treiben können. Vielleicht scheiterten Reduktionsversuche mit Patienten in der Vergangenheit. Vielleicht fehlt es Ihnen an der notwendigen Zeit, Patientinnen und Patienten beim Reduzieren adäquat zu begleiten.

Vielleicht sind Sie aber selbst gar nicht betroffen, sondern Ihr Sohn oder Ihr Freund oder ein Arbeitskollege. Vielleicht erleben Sie, wie Ihr Angehöriger durch die Nebenwirkungen der Neuroleptika beeinträchtigt wird. Vielleicht haben Sie jede Menge Fragen oder bekommen die Fragen von anderen gestellt. Vielleicht, vielleicht, vielleicht ...

Es gibt jedenfalls viele gute Gründe, einer dauerhaften Einnahme von Neuroleptika gegenüber skeptisch zu sein. Um es deutlich zu sagen: Wir sind nicht grundsätzlich gegen Neuroleptika, wir halten Neuroleptika für einen Teil der Patientinnen und Patienten für einen echten Fortschritt in der Behandlung von Psychosen. Wir sind aber aufgrund unserer langjährigen Erfahrung und des Forschungsstandes davon überzeugt, dass Neuroleptika in ihrer Wirksamkeit überschätzt, bei den Nebenwirkungen oft unterschätzt und in ihrer inflationären Verwendung für ganz unterschiedliche Störungen fahrlässig eingesetzt werden. Wir sind davon überzeugt, dass ein verantwortlicher, skeptischer Umgang mit Neuroleptika als gemeinsames Vorgehen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin erfolgen sollte und dass Betroffene so weit wie möglich zu Experten ihrer Behandlung werden sollten. Zum Glück hat sich inzwischen auch herumgesprochen, dass sich die Einbeziehung von Angehörigen oder anderen vertrauten Personen als Dritte im Bunde für alle Beteiligten sehr oft als förderlich erweist.

Deswegen ist diese Broschüre für Profis, für Patientinnen und Patienten wie für Angehörige geeignet – am besten gemeinsam.

Kapitel 1: Rechtliche Aspekte

Nach der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) hat sich die psychiatrierechtliche Landschaft in Deutschland schrittweise verändert, doch manchen Berufsgruppen unter den psychiatrisch Tätigen, vielen Betroffenen und Angehörigen ist die Bedeutung der neuen Rechtslage noch nicht hinreichend bewusst. In diesem Kapitel soll dargestellt werden, welche Rechte einem Menschen mit psychiatrischer Diagnose – sei er akut oder schon länger erkrankt – zustehen, insbesondere im Hinblick auf die Medikation. Ziel der Änderung der rechtlichen Grundlagen und der Rechtsprechung ist es, die Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu stärken.

Aufklärung

Das Patientenrechtegesetz trat mit den neuen §§ 630a bis 630h BGB im Februar 2013 in Kraft. Dieses Gesetz bringt keine grundlegenden Neuerungen im psychiatrierelevanten Rechtssystem, doch es regelt nun in Gesetzesform das Vertragsverhältnis zwischen Patient und Arzt und stellt damit mehr Transparenz über die umfangreichen Patientenrechte her, um dadurch die Durchsetzung der Patientenrechte zu verbessern und die Patientinnen und Patienten rechtlich besser zu schützen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird auf eine einheitliche rechtliche Grundlage gestellt. Es wird darin verlangt, dass Patienten vom Arzt umfassend und verständlich über Behandlungsmaßnahmen, ihre Ziele, alternative Behandlungswege und mögliche unerwünschte Behandlungswirkungen aufgeklärt werden müssen. Sollte krankheitsbedingte Einwilligungsunfähigkeit vorliegen, was in akuten psychotischen Episoden, aber auch bei vielen anderen Erkrankungen mit körperlichen oder psychischen Ursachen der Fall sein kann, dann hat der Arzt/die Ärztin diese Informationspflichten gegenüber einem entsprechend legitimierten Vertreter wahrzunehmen. Verstößt der Arzt/die Ärztin gegen seine/ihre Aufklärungspflichten, ist eine gegebene Einwilligung rechtlich unwirksam. Der Arzt/die Ärztin begeht dann mit der Medikation eine Körperverletzung und macht sich strafbar und gegebenenfalls zivilrechtlich haftbar durch Schadensersatz und Zahlung eines Schmerzensgeldes.

Gesichert ist durch dieses Gesetz auch, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen das gleiche Recht auf Einsicht in ihre Krankenakte haben wie somatisch erkrankte Menschen. Die Dokumentation soll und muss die ärztlichen Entschei-

dungen für den Patienten/die Patientin, den medizinischen Laien, nachvollziehbar machen. Sie können und dürfen auch Monate oder Jahre nach einer Behandlung auf Wunsch nachlesen, warum und aufgrund welcher Symptome Psychiater ein bestimmtes Neuroleptikum für sie gewählt und empfohlen haben. Es ist hierbei zu beachten, dass Krankenhäuser nur zu einer Aufbewahrung der Krankendokumentation über zehn Jahre verpflichtet sind.

Reduktionswünsche im Fachgespräch

Wir halten es für wünschenswert, dass Sie während einer Reduktion eine gute Begleitung haben, am besten durch den Psychiater oder die Psychiaterin Ihres Vertrauens. Besprechen Sie den Wunsch nach weniger Medikation frühzeitig. Natürlich kann es sinnvoll sein, sich die fachlichen Bedenken anzuhören, doch diese sollten konkret und unmittelbar auf Sie und Ihre Krankheitsgeschichte bezogen sein. Pauschale prognostische und statistische Aussagen zum Rückfallrisiko nützen wenig, stellen unter Umständen eine falsche Information dar und vereinfachen nur die psychiatrische Tätigkeit. Die Menschen mit psychiatrischen Diagnosen selbst tragen und erleben das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen, doch sie tragen und erleben natürlich auch das Risiko eines Rückfalls (vgl. Kapitel 3 ff.).

Rechtliche Betreuung und Reduktion der Medikation

Menschen, die eine gesetzliche Betreuung für den Bereich der Gesundheitsfürsorge haben, können und sollten Reduktionswünsche mit dem Betreuer oder der Betreuerin besprechen. Nach dem Gesetz hat der Betreuer nach dem Willen und zum Wohl des/der Betreuten zu entscheiden. Dies bedeutet, er hat den Willen des Betreuten ernst zu nehmen und diesen gegenüber Dritten, also auch dem Psychiater, Geltung zu verschaffen. Eine Betreuungsverfügung entfaltet allerdings erst nach Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit des Betreuten seine Wirkkraft für den Betreuer. Denn solange der Betreute in der aktuellen Entscheidungssituation (noch) über seine Einwilligungsfähigkeit verfügt, äußert er seinen Behandlungs- oder Nichtbehandlungswillen selbst. Der Betreuer kann also durchaus zum Verbündeten bei Reduktionswünschen werden. Nur im Falle der Einwilligungsunfähigkeit kann ein Betreuer auch gegen den geäußerten Willen des Betreuten entscheiden. Doch Psychosen machen in den meisten Fällen nicht dauerhaft einwilligungsunfähig. Behandlungsunwilligkeit ist nicht mit Einwilligungsunfähigkeit zu verwechseln. Das „Recht auf Krankheit“ wurde vom

Bundesverfassungsgericht noch einmal ausdrücklich betont; es gibt in Deutschland keine Pflicht, eine Krankheit medikamentös behandeln zu lassen. Ausnahmen sind nur in akuten Gefährdungssituationen zulässig, d.h., wenn Sie wegen Ihrer Krankheitssymptome eine Gefahr für sich selbst oder andere werden. Ein gesetzlicher Betreuer kann zwar die zwangsweise medikamentöse Behandlung bei Gericht beantragen, doch auch dann hat der Psychiater die Pflicht, über Behandlungsziele, erwünschte und unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufzuklären, und zwar nicht nur Sie, sondern auch den gesetzlichen Betreuer, der diese Behandlung angeordnet hat. Die Anordnung bzw. Einwilligung bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1906 Abs. 3 BGB).

Ambulante Pflege – Nötigung zur Medikation

Menschen, die wegen einer psychischen Beeinträchtigung eine ambulante psychosoziale Betreuung oder Pflege erhalten oder die im Heim leben, werden oft durch die Institutionsroutine in eine Situation gebracht, in der sie sich zur regelmäßigen Einnahme der Medikation verpflichtet fühlen. Aber auch in dieser Situation haben Menschen das gleiche Recht auf einen Reduktionsversuch ihrer Medikamente. Leider sagen psychiatrisch Tätige aus diesem Bereich noch viel zu häufig: „Die Medikation ist Arztsache, da mische ich mich nicht ein.“ Andere hingegen ermutigen ihre Klientinnen und Klienten zu Reduktionsschritten und begleiten sie gegebenenfalls auch zum Arztgespräch, falls sie sich dies nicht allein zutrauen. Manchmal lässt sich in den Leitlinien und Qualitätsberichten der Einrichtung nachlesen, wie sie zu Medikationsfragen steht. Rein rechtlich kann niemand zur Einnahme einer bestimmten Medikation genötigt werden, nur weil er oder sie ambulante Unterstützung in Anspruch nimmt. Ambulante Zwangsmedikation ist in Deutschland bis heute nicht erlaubt.

Zwangsbehandlung

Eine Zwangsmedikation ist für viele Patientinnen und Patienten langfristig eine traumatisierende Erfahrung, die das Vertrauen in die Psychiatrie untergräbt. Das Bundesverfassungsgericht hat sie an deutlich strengere Bedingungen geknüpft, als es bisher in etlichen Kliniken Praxis war. Einzelheiten hierzu sprengen den Rahmen dieser Broschüre. Doch ist rechtlich jetzt klargestellt, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen genauso wie körperlich erkrankte Menschen rechtsfähige Partner sind. Psychiatrische Aufgabe ist es, mit ihnen zu einem Behandlungsbündnis auf gleicher Augenhöhe zu kommen. Behandlungsunwilligkeit

darf nicht mit objektiver Einwilligungsunfähigkeit verwechselt werden. Die oft zitierte „fehlende Einsichtsfähigkeit“ ist nur in hochakuten Ausnahmefällen anzunehmen, und die Gründe für diese Annahme sind vom Arzt sorgfältig zu dokumentieren. Es kann nämlich dennoch ein „natürlicher Wille“ vorhanden sein, der als sogenanntes Vetorecht gegen eine – auch zwangsweise Behandlung – rechtlich zur Geltung gebracht werden kann und von ärztlicher Seite zu beachten ist. Aussagen wie „Nur wenn Sie die verordneten Medikamente nehmen, können wir Sie hier behandeln“ sind rechtlich fragwürdig und zeugen nicht von einer guten Behandlungsqualität.

Patientenverfügung

Natürlich bedeutet eine Stärkung der Selbstbestimmung auch mehr Eigenverantwortung und die Bereitschaft, Krankheitsrisiken durch eine Abweichung von der ärztlichen Empfehlung entsprechend selbst zu tragen. Hier ist die wohlüberlegte Patientenverfügung für den Fall einer psychischen Erkrankung ein gutes Mittel, um festzulegen, welche Behandlungsform oder welches Medikament man sich im Falle der Einwilligungsunfähigkeit oder bei krankheitsbedingt eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten wünscht oder auch ablehnt. Auch Behandlungsvereinbarungen sind ein sinnvoller Weg, der aber nach wie vor von Kliniken nur zögerlich angeboten wird. Das 2009 verabschiedete Gesetz zur Patientenverfügung gilt für psychisch und körperlich kranke Menschen gleichermaßen. Auch wer eine gesetzliche Betreuung hat, kann eine Patientenverfügung verfassen, allerdings muss er sich in einem einwilligungsfähigen Zustand befinden. Sinnvoll ist es, diese dann auch mit dem Betreuer zu besprechen, denn im „Ernstfall“ wird er den Vorgaben rechtliche Geltung verschaffen müssen. Wir wünschen uns, dass die oft beschworene, aber faktisch nicht existierende sogenannte Vernunfthoheit der Psychiatrie weiter zurückgedrängt wird und das Gespräch wieder mehr Bedeutung gewinnt als das Durchsetzen einer bestimmten Medikation. Auch darum müssen Psychiaterinnen und Psychiater lernen, Krankheitsuneinsichtigkeit und Behandlungsunwilligkeit sorgfältig von objektiver Einwilligungsunfähigkeit zu unterscheiden und nicht das eine als das andere zu werten, um sich selbst durch Sonderrechte die Arbeit zu erleichtern.

Kapitel 2: Hirnveränderungen in akuten Psychosen und unter der Gabe von Neuroleptika

Hinweis: Dieses Kapitel ist unser wissenschaftliches Fundament. Wir haben uns um Allgemeinverständlichkeit bemüht, dennoch ist es nicht immer ganz einfach zu lesen. (Wir haben im Text die Wirkstoffe der Medikamente benannt, eine Liste mit dazugehörigen Präparate-Namen finden Sie im Anhang zu diesem Kapitel, S. 23.) Wer noch mehr zu diesem Thema wissen möchte, findet dies im „Memorandum der DGSP zur Anwendung von Neuroleptika“ (kostenlos zu beziehen über die DGSP-Geschäftsstelle). Wer mehr an konkreten Aspekten interessiert ist, kann dieses Kapitel überspringen und im nächsten Kapitel weiterlesen.

Neurobiologische Grundlagen

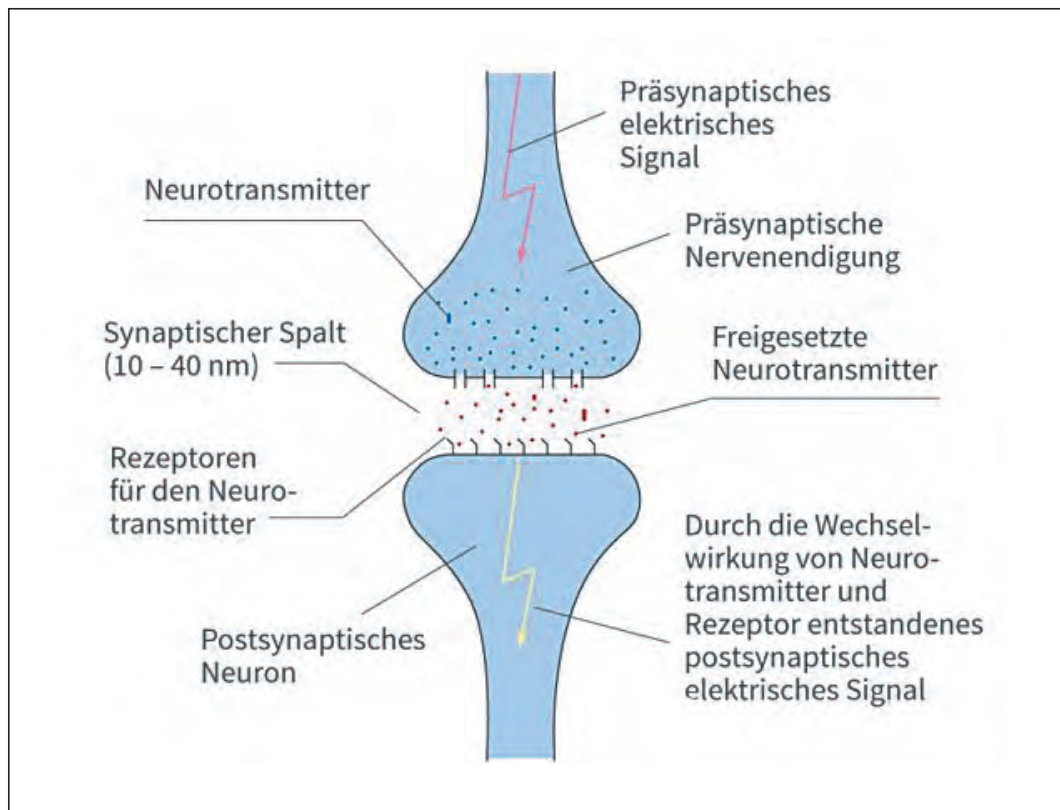
Der heutige Forschungsstand besagt, dass auf neurobiologischer Ebene psychotisches Erleben im Rahmen akuter Psychosen (sog. schizophrener und schizoaffectiver Störungen sowie psychosenaher Zustände)* mit einer erhöhten präsynaptischen Dopamin-Produktion und -Ausschüttung in einer Hirnregion unterhalb des Großhirns einhergeht. Dies wird als die körperliche Grundlage für die veränderten Umweltwahrnehmungen, die Reizüberflutung der Sinnesorgane und die Suche nach Bedeutungen für das Ungewohnte mit nachfolgendem Wahnerleben sowie Halluzinationen auf dem Hintergrund früherer Lebenserfahrungen und Überzeugungen aufgefasst. Bei untypischen Formen der Schizophrenie ohne psychotische Phänomene findet sich keine Überaktivität in diesen Regionen. Von dem vorderen (präsynaptischen) Anteil der Verbindungsstelle zwischen zwei Nervenzellen (Synapse) wird eine chemische Substanz (Neurotransmitter) in diesen sogenannten synaptischen Spalt ausgeschüttet (vgl. Abbildung, S. 12). Bei psychotischem Erleben wird der Neurotransmitter Dopamin vermehrt ausgeschüttet. Dieses Dopamin dockt dann an spezifischen Bindungsstellen (Rezeptoren) des hinteren (postsynaptischen) Anteils der Synapse an und leitet dadurch die Erregung an eine andere Nervenzelle weiter. Der bei Psychosen betroffene Bereich des Gehirns ist für komplexe Integrationsprozesse wie Neugierde, Moti-

* Wir benutzen die Bezeichnung „Schizophrenie“ als traditionellen Begriff und um wissenschaftliche Studien zitieren zu können. Schizophrenie ist jedoch ein Konstrukt fragwürdiger Gültigkeit (Validität) mit sehr unterschiedlichen Formen, Ausprägungen und Verläufen. Das Stellen dieser Diagnose ist nur mäßig zuverlässig (Reliabilität), d.h., es entstehen oft Fehldiagnosen und die Definitionen dieses Konstrukts wurden in den zurückliegenden 100 Jahren vielfach geändert (gerade jetzt wieder durch das neue, seit Mai 2013 gültige DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, APA).

vationen, Aufmerksamkeit, Aktivierung von Handlungen, Belohnung sowie Reaktionen auf aversive Reize und Emotionen zuständig. Gleichzeitig ist jede Hirnregion über viele Nervenbahnen mit weiteren Neurotransmittern in hemmender oder erregender Weise mit anderen Hirnregionen verbunden und wird darüber reguliert.

Abb.: Das Dopamin-Rezeptor-Modell

(www.onmeda.de/krankheiten/depressive_verstimmung-ursachen-10308-3.html)



Solange psychotische Symptome vorhanden sind, besteht eine erhöhte präsynaptische Dopamin-Ausschüttung. Sie endet mit der Rückbildung des akuten Zustands bei vorübergehendem (episodischem) Verlauf der psychotischen Störung („phasische Sensibilisierung“ des Dopamin-Systems im Mittelhirn). Der genaue Mechanismus, der zu einer Beendigung der verstärkten Ausschüttung von Dopamin und damit zur spontanen Rückbildung psychotischer Symptome führt, ist ebenso unbekannt wie der zu ihrer Entstehung. Es gibt auch Menschen mit psychotischen Symptomen (ca. 20%), bei denen die Neuroleptika unwirksam sind (sog. Non-Responder). Trotzdem werden diese Betroffenen fast immer mit Neuroleptika behandelt.

Wie Neuroleptika wirken

Neuroleptika wirken nun leider nicht direkt auf die auslösenden Veränderungen des Gehirns, denn sie sind nicht in der Lage, die erhöhte Dopamin-Ausschüttung und -Produktion zu normalisieren. Sie können daher nicht wirklich heilend wirken. Nach dem Stand des heutigen Wissens ist das gemeinsame Wirkprinzip aller Neuroleptika oder Antipsychotika die blockierende (= antagonistisierende) Wirkung auf den postsynaptischen Anteil eines speziellen Dopamin-Rezeptortyps (D2). Sie blockieren die postsynaptischen Rezeptoren vorübergehend mit einer gewissen Dauer (Halbwertszeit). Deshalb muss die Einnahme der Medikamente in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

Durch neuere bildgebende Untersuchungsmethoden wurde deutlich, dass eine sinnvolle D2/3-Rezeptor-Blockade durch Neuroleptika in einem sogenannten therapeutischen Fenster von 50 bis 70% dieser Rezeptoren liegt. Jenseits dieser Obergrenze verstärken sich mögliche Nebenwirkungen oder treten überhaupt erst auf. Ab 72% lassen sich hormonelle Veränderungen feststellen (z.B. Prolaktin-Erhöhungen), ab 78% Verspannungen und Zittern unterschiedlicher Muskelgruppen (extrapyramidal-motorische Störungen) oder Unruhe in den Beinen (Akathisie). Bei einer D2-Blockade über 70% im Mittelhirn (Striatum) treten bereits spürbare Verstimmungen und Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit sowie verstärkte depressive und antriebsmindernde Symptome auf. Dies gilt grundsätzlich für Typika wie Atypika. (Im Anhang zu diesem Kapitel, S. 23, finden Sie eine Tabelle, welche Neuroleptika als Typika und welche als Atypika gelten.)

Insbesondere Menschen mit nur geringgradig erhöhter Dopamin-Ausschüttung haben ein besonders hohes Risiko für diese Nebenwirkungen. Die individuelle Dosis, um dieses therapeutische Fenster eines Patienten zu erreichen, ist unterschiedlich, aber generell niedrig. Sie liegt bei vorbehandelten Patienten in der Regel zwischen 2 und 4 mg Haloperidol pro Tag, in wenigen Fällen bei bis zu 10 mg Haloperidol bzw. vergleichbaren Mengen anderer Neuroleptika (s. Tabelle 1, S. 14). Bei Menschen mit einer erstmals behandelten Psychose liegen die erforderlichen Dosierungen um die Hälfte niedriger.

Eine Übersichtsarbeit (Davis/Chen 2004) zur Auswertung aller vorhandenen Studien zu Dosis-Wirkungs-Beziehungen von Neuroleptika ermittelte oft erstaunlich niedrige effektive Dosisobergrenzen für Menschen mit sogenannten schizophre-

Tab. 1: Äquivalenztabelle (nach Andreasen et al. 2010)

Atypika		
Wirkstoff	Handelsname	1 mg Haloperidol = 54 mg Chlorpromazin entspricht
Aripiprazol	Abilify	3,4 mg
Clozapin	Leponex	57,8 mg
Olanzapin	Zyprexa	2,5 mg
Quetiapin	Seroquel	76,0 mg
Risperidon	Risperdal	0,7 mg
Ziprasidon	Zeldox	26,5 mg
Typika		
Wirkstoff	Handelsname	1 mg Haloperidol = 54 mg Chlorpromazin entspricht
Chlorpromazin	Megaphen	54,0 mg
Fluphenazin	Lyogen	1,0 mg
Haloperidol	Haldol	1,0 mg
Perphenazin	Decentan	3,7 mg
Thioridazin	Melleril	47,0 mg
Trifluoperazin	Jatroneural	2,7 mg
Depot-Präparate		
Wirkstoff	Handelsname	1 mg Haloperidol = 54 mg Chlorpromazin entspricht
Fluphenazin-decanoat	Lyogen Depot	1,25 mg/2–3 Wochen
Haloperidol-decanoat	Haldol Depot	18,9 mg/4 Wochen

nen Psychosen, die bereits mehrfach oder länger vorbehandelt wurden. Oberhalb dieser angegebenen Dosierungen der maximalen Wirksamkeit (vgl. Tabelle 2, S. 15) wurden keine weiteren symptomreduzierenden Wirkungen mehr beobachtet, d.h., eine weitere Erhöhung führt nicht zu mehr Hauptwirkung, jedoch meist zu mehr Nebenwirkungen.

Da bis heute keine randomisierten Dosisfindungs-Studien für Dosierungen unter 3 mg Haloperidol-Äquivalenten existieren und in dieser Übersichtsarbeit nur die vorhandenen Studien ausgewertet wurden, könnten die unteren Dosierungen auch noch deutlich tiefer liegen. Auch handelt es sich um statistische Mittelwerte, und so können die Dosierungen bei einem kleineren Teil der Patienten auch darunter- oder darüberliegen. Die individuellen Unterschiede sind bekannt-

Tab. 2: Dosis für fast maximale Wirksamkeit

Wirkstoff	Dosis für fast maximale Wirksamkeit (95%)
Amisulprid	200 mg/Tag
Aripiprazol	10 mg/Tag
Clozapin	> 400 mg/Tag
Olanzapin	> 16 mg/Tag
Quetiapin	150–600 mg/Tag (d.h., bei einigen Patienten kann man bereits mit 150 mg das Wirkmaximum erreichen, bei weiteren erst mit höheren Dosierungen, oberhalb von 600 mg tritt Überdosierung ein)
Risperidon	4 mg/Tag
Risperidon (Depotspritze)	50 mg/4 Wochen 25 mg/2 Wochen
Sertindol	12–20 mg/Tag (d.h., bereits 12 mg können die ausreichende Akutdosis sein)
Ziprasidon (akute Phase)	120–160 mg/Tag (d.h., bereits 120 mg können die ausreichende Akutdosis sein)
Ziprasidon (Erhaltungsdosis)	80–160 mg/Tag (d.h., bereits 80 mg können die ausreichende Akutdosis sein)

termaßen sehr groß. Bei Ersterkrankten liegen sie in der Regel um die Hälfte niedriger. Dies ist die Folge der Neuroleptika-bedingten Rezeptor-Veränderungen, die im nächsten Abschnitt beschrieben werden. Die Autoren schlussfolgern daher, dass Leitlinien auch falsche Dosierungsempfehlungen enthalten und im klinischen Alltag oft zu hohe Dosierungen eingesetzt werden.

Rezeptor-Veränderungen durch Neuroleptika

Unter der Behandlung mit Neuroleptika kommt es darüber hinaus neben der erwünschten Symptom-Unterdrückung oder Symptom-Rückbildung (Remission) auch zu ungünstigen Veränderungen an den blockierten Rezeptoren. Hierbei handelt es sich um eine Gegenregulation des Gehirns:

- (a) Innerhalb von Wochen bis Monaten entsteht eine Vermehrung („upregulation“) von D2-Rezeptoren um durchschnittlich 34% (teilweise um 100%).
- (b) Die Empfindlichkeit der D2-Rezeptoren erhöht sich („Dopamin-Supersensitivität“), d.h., sie reagieren empfindlicher auf Dopamin (sog. D2 high-state).

(c) Zu den Reaktionen des Gehirns auf die Rezeptor-Blockade gehört auch eine zusätzliche Erhöhung der Dopamin-Bildung und -Ausschüttung.

Diese Veränderungen sind neuroplastischer Natur, d.h., sie können sich zurückbilden, wenn weniger oder gar keine Medikamente mehr eingenommen werden. Das benötigt jedoch Wochen bis Monate.

Diese drei Rezeptor-Veränderungen führen zu

- einem teilweisen Wirkverlust der Neuroleptika, d.h. vermehrtem Auftreten von psychotischen (Rest-)Symptomen im Behandlungsverlauf (sog. partielle Non-Responder). In diesen Fällen können die Rezeptor-Veränderungen trotz Dosis-Erhöhung mithilfe der postsynaptischen Dopamin-Rezeptor-Blockade nicht mehr vollständig ausgeglichen bzw. die Symptome unterdrückt werden. Dies kann bereits nach einigen Monaten bis zu Jahren auftreten und betrifft ca. 30–40% der Betroffenen;
- Dosis-Steigerungen im Verlauf der Behandlung, die sinnvoll ausgleichend, jedoch oftmals auch unangemessen sind („overshooting“), insbesondere dann, wenn die Neuroleptika an Wirkung verlieren und es so zu vermehrten Rest-symptomen kommt (partielle Non-Responder);
- kurzfristigem Aufflackern psychotischer Symptome beim Absetzen (sog. psychotische Rebound-Phänomene);
- einem bis zu dreifach erhöhten Rückfallrisiko nach plötzlichem Absetzen;
- ausgeprägteren Symptomen bei Rückfällen (Wahn, Wahrnehmungsstörungen);
- einem erhöhten Risiko von Wiedererkrankungen („Vulnerabilität“);
- schweren, anhaltenden Bewegungsstörungen (tardive Dyskinesien) bei Patienten mit der stärksten Rezeptor-Vermehrung („upregulation“);
- bei ca. 30–40% zu sogenannten Durchbruchpsychosen, die durch die Neuroleptika selbst verursacht werden („Supersensitivitätspsychosen“).

Nebenwirkungen

Neuroleptika haben ihre Wirkung jedoch nicht nur an den Dopamin-, sondern oftmals auch an anderen Rezeptoren. Dies ist bei den einzelnen Neuroleptika unterschiedlich und muss auch bei dem individuellen Betroffenen nicht unbedingt auftreten. Abhängig davon, welcher Rezeptor-Typ blockiert wird, können verschiedenen Nebenwirkungen auftreten (vgl. Tabelle 3, S. 17).

Tab. 3: Rezeptor-Typ-abhängige Nebenwirkungen

Rezeptor-Typ	Unerwünschte Wirkung
H1-Rezeptorblockade	Schläfrigkeit, Gewichtszunahme
mACh-Rezeptorblockade	Sehstörungen, Mundtrockenheit, Herzasen, Verstopfung, Harnverhalt, Delir
alpha1-Rezeptorblockade	Blutdruckabfall, Schwindel, Ejakulationsstörungen, verstopfte Nase, Herzasen
alpha2-Rezeptorblockade	Blutdruckanstieg, Unruhe, Ängstlichkeit
D2-Rezeptorblockade	Bewegungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Thermoregulationsstörungen, Negativsymptome
5-HT2c-Rezeptorblockade	Appetit- und Gewichtszunahme
5-HT2a-Rezeptorblockade	Schläfrigkeit, Hemmung der Blutgerinnung
partieller Agonismus an 5-HT1a-Rezeptoren	Kopfschmerzen, Übelkeit

Motorische Nebenwirkungen

Folgende motorische Nebenwirkungen (Bewegungsstörungen) sind bedeutsam: Muskelsteifigkeit, Zahnradphänomen (Rigor), Zittern (Tremor), Sitz- und Beinunruhe (Akathisie), unwillkürliche Bewegungen (Dyskinesien/Dystonien). Wie bereits oben ausgeführt wurde, können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden, wenn die Neuroleptika einschleichend und in der niedrigst-wirksamen Dosis gegeben werden. Treten diese Nebenwirkungen auf, ist in der Regel eine Reduktion der Dosis sinnvoll.

Überdosierungen und Verordnungshäufung (Polypharmazie)

Obwohl Dosis-Erhöhungen oft nicht mehr sinnvoll sind, werden Patienten im klinischen Alltag häufig wegen anhaltender und schwerer Symptome mit überhöhten Dosierungen und/oder einer Kombination aus mehreren Neuroleptika (Polypharmazie) behandelt. Eine Studie an zehn Kliniken in Deutschland ermittelte für 2003–2006, dass 44% der Patienten mit zwei stationären Behandlungen innerhalb von zwei Jahren von mehr als 30 Tagen Dauer mit Polypharmazie

behandelt wurden. Einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis für den Einsatz von zwei oder mehr Neuroleptika gibt es jedoch nicht. Es ist zu vermuten, dass die meisten Patienten nicht darüber aufgeklärt wurden, dass dieses Vorgehen keine wissenschaftliche Evidenz besitzt.

Nur in Einzelfällen ist daher ein Verbesserungseffekt zu erwarten. In den meisten Fällen jedoch werden die Symptome dadurch nicht oder nicht bedeutsam vermindert. Dieses Vorgehen verstärkt jedoch oft die Nebenwirkungen. Insbesondere ist eine frühzeitige Kombination unsinnig. Je stärker Neuroleptika sich darin unterscheiden, unterschiedliche Rezeptoren zu blockieren („Rezeptor-Bindungsprofil“), desto mehr Nebenwirkungen sind zu erwarten. Ohne entsprechende Reduzierung der Einzelsubstanzen ergibt sich oft eine höhere Gesamtdosis. Dadurch erhöht sich das Risiko für Bewegungsstörungen, Übergewicht, Diabetes, Herzrhythmusstörungen, plötzlichen Herztod, sexuelle Störungen, Abbau der grauen und weißen Substanz, insbesondere des Frontalhirns. Außerdem kommt es häufig zu einer verstärkten (!) Psychose-Symptomatik, vor allem bei drei und mehr Neuroleptika. Hinzu kommt oft eine Verschlechterung der Hirnleistung (Kognition) und weitere schwerwiegende Störungen (malignes neuroleptisches Syndrom).

Nicht Kombinationen von Neuroleptika, sondern nur Clozapin und – schon deutlich geringfügiger – Olanzapin und Amisulprid besitzen eine etwas bessere Wirksamkeit im Vergleich mit anderen Neuroleptika: Eine um 22% bessere Wirkung auf Symptome insgesamt wurde für Clozapin in industrieunabhängigen Studien nachgewiesen.

Einzelstudien zeigen zudem, dass eine Reduktion der Dosis keineswegs zwingend vermehrte Rückfälle zur Folge hat, sondern durchaus mit einer Verringerung fortbestehender Symptome einhergehen kann. Je nach der Höhe der Gesamtdosierung war eine langsame Dosis-Reduktion auf 40% der Ausgangsdosis möglich. Bei 56% der Patienten kam es zu klinischen Verbesserungen, bei 32% blieb der klinische Zustand unverändert. Die kurzfristige Verschlechterung bei 12% bildete sich durch erneute Höherdosierung auf das Ausgangsniveau zurück.

Auch für die Kombination von Neuroleptika mit Lithium und Antiepileptika gibt es bei der Behandlung von schizophrenen Psychosen keinen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis (Cochrane-Analysen). Dies betrifft Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin und Lamotrigin. Jedoch könnte bei einer nicht auf Clozapin reagierenden Schizophrenie Lamotrigin als Zusatz (Augmentation) von Clozapin

sinnvoll sein. Auch diese Substanzen können erhebliche eigene Nebenwirkungen haben und schädliche Wechselwirkungen mit den Neuroleptika entwickeln. Aufgrund der zunehmenden Erkenntnisse über die langfristige Schädlichkeit von Neuroleptika, die in den meisten Fällen dosisabhängig ist, wird zunehmend empfohlen, nur noch die niedrigstmögliche Dosis einzusetzen, um die Symptome zu kontrollieren, weil eine vollständige Rückbildung in vielen Fällen und im Behandlungsverlauf immer weniger erreicht werden kann. Vor allem das erst in den letzten drei Jahren in mehreren Studien und Metaanalysen publizierte Risiko einer Verringerung der grauen und weißen Substanz der Hirnrinde mit ungünstigen Folgen für die Symptomatik und die neurokognitiven Funktionen ist der Grund für diese wachsende Vorsicht.

Kürzlich zeigte auch eine randomisierte Langzeitstudie (Wunderink et al. 2007) über sieben Jahre, dass bei Menschen mit weitgehend zurückgebildeten Psychosen (Remission) durch eine frühe begleitete Dosis-Reduktion, die bereits nach sechs Monaten begonnen wurde und bei einigen Patienten zunächst zu kürzeren Rückfällen führte, jedoch bei 21% der Betroffenen das vollständige Absetzen möglich machte, bei weiteren 21% nach sieben Jahren Dosierungen unter 1 mg Haloperidol-Äquivalenten möglich waren. Dieses Vorgehen führte bei allen Patienten unter Medikation zu einer Durchschnittsdosis von nur 2,8 mg Haloperidol-Äquivalenten. Die Kontrollgruppe hatte eine ebenfalls niedrige Durchschnittsdosis von 4,1 mg. Dieser möglicherweise geringfügig erscheinende Dosisunterschied bedeutete jedoch für die Gruppe unter der Niedrigstdosierung ein mehr als doppelt so hohes „funktionelles Recovery“ (40,4 vs. 17,6%) für alltagsrelevante Funktionen und Tätigkeiten (Selbstfürsorge, Haushalt, familiäre, partnerschaftliche und freundschaftliche Beziehungen, Integration in die Gemeinde, Berufstätigkeit). Die Restsymptomatik der Psychose war dabei in beiden Gruppen gleich. Auch die psychosoziale Begleitung war in beiden Gruppen gleich. Es handelt sich dabei also mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen Dosis-Effekt. Somit zeigte sich, dass Dosis-Reduktionen von scheinbar nur geringem Ausmaß sehr bedeutsam sein können und sich nicht in einer Veränderung der Symptomatik zeigen müssen. Auch können gut begleitete Rückfälle in Kauf genommen werden, weil sie ermöglichen, die niedrigste Dosis zu finden. Dieses Vorgehen widerspricht den alten Leitlinien der DGPPN, die gegenwärtig überarbeitet werden.

Literatur

Abi-Dargham A, Laruelle M (2005) Mechanisms of action of second generation antipsychotic drugs in schizophrenia: insights from brain imaging studies. *Eur Psychiatry* 20:15–27.

- Abi-Dargham A, Rodenhiser J, Printz D, Zea-Ponce Y, Gil R, Kegeles LS, Weiss R, Cooper TB, Mann JJ, Van Heertum RL, Gorman JM, Laruelle M (2000): Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA*, 97(14):8104–8109.
- Aderhold V, Weinmann S, Hägele C, Heinz A (2014) Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika? Nervenarzt (demnächst). Ist online kostenlos als Volltext zu bekommen unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00115-014-4027-5>
- Andreasen NC, Pressler M, Nopoulos P, Miller D, Ho BC (2010) Antipsychotic dose equivalents and dose-years: a standardized method for comparing exposure to different drugs. *Biol Psychiatry* 67(3): 255–262.
- Assion HJ, Reinbold H, Lemanski S, Basilowski M, Juckel G (2008) Amisulpride augmentation in patients with schizophrenia partially responsive or unresponsive to clozapine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pharmacopsychiatry* 41:24–28.
- Baldessarini RJ, Viguera AC (1995): Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 52(3):189–192.
- Chouinard G, Jones BD (1980) Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics. *Am J Psychiatry* 137(1):16–21.
- Chouinard G, Jones BD, Annable L (1978) Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis. *Am J Psychiatry* 135(11):1409–1410.
- Citrome L, Jaffe A, Levine J, Allingham B, Robinson J (2004) Relationship between antipsychotic medication treatment and new cases of diabetes among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 55(9):1006–1013.
- Davis JM, Chen N (2004) Dose response and dose equivalence of antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 24(2):192–208.
- de Haan L, Lavalaye J, Linszen D, Dingemans PM, Booij J (2000) Subjective experience and striatal dopamine D(2) receptor occupancy in patients with schizophrenia stabilized by olanzapine or risperidone. *Am J Psychiatry* 157:1019–1020.
- de Haan L, van Bruggen M, Lavalaye J, Booij J, Dingemans PM, Linszen D (2003): Subjective experience and D2 receptor occupancy in patients with recent-onset schizophrenia treated with low-dose olanzapine or haloperidol: a randomized, double-blind study. *Am J Psychiatry* 160:303–309.
- Gardos G, Cole JO, Tarsy D (1978): Withdrawal syndromes associated with antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 135(11):1321–1324.
- Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV (1995) Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature. *Arch Gen Psychiatry* 52(3):173–188.
- Gur RE, Cowell P, Turetsky BI, Gallacher F, Cannon T, Bilker W, Gur RC (1998a) A follow-up magnetic resonance imaging study of schizophrenia: relationship of neuroanatomical changes to clinical and neurobehavioral measures. *Arch Gen Psychiatry* 55(2):145–152.
- Henderson DC, Kunkel L, Nguyen DD, et al (2006) An exploratory open-label trial of aripiprazole as an adjuvant to clozapine therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 113(2):142–147.
- Howes OD, Kapur S (2009) The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III – the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin* 35:549–562.
- Kapur S, Zipursky R, Jones C, Remington G, Houle S (2000) Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 157(4):514–520.
- Karunakaran K, Tungaraza TE, Harborne GC (2007) Is clozapine-aripiprazole combination a useful regime in the management of treatment-resistant schizophrenia? *J Psychopharmacol* 21(4):453–456.
- Kegeles LS, Abi-Dargham A, Frankle WG, Gil R, Cooper TB, Slifstein M, Hwang DR, Huang Y, Haber SN, Laruelle M (2010) Increased synaptic dopamine function in associative regions of the striatum in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 67(3):231–239.

- Laruelle M (2000) The role of endogenous sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: implications from recent brain imaging studies. *Brain Res Brain Res Rev* 31(2-3):371-384.
- Leucht S, Kissling W, McGrath J (2007a) Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18(3):CD003834.
- Leucht S, Kissling W, McGrath J, White P (2007b) Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18(3):CD001258.
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, Samara M, Barbui C, Engel RR, Geddes JR, Kissling W, Stapf MP, Lässig B, Salanti G, Davis JM (2013) Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382(9896):951-962.
- Lerner V, Fotyanov M, Liberman M, Shlafman M, Bar-El Y (1995) Maintenance medication for schizophrenia and schizoaffective patients. *Schizophr Bull* 21(4):693-701.
- Liberman RP, Van Putten T, Marshall BD Jr, Mintz J, Bowen L, Kuehnlel TG, Aravagiri M, Marder SR (1994) Optimal drug and behavior therapy for treatment-refractory schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 151(5):756-759.
- Margolese HC, Chouinard G, Beauclair L, Bélanger MC (2002): Therapeutic tolerance and rebound psychosis during quetiapine maintenance monotherapy in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychopharmacol* 22(4):347-352.
- Messer T, Tiltscher C, Schmauss M (2006) Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiat* 74:377-391.
- Mizrahi R, Rusjan P, Agid O, Graff A, Mamo DC, Zipursky RB, Kapur S (2007) Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164(4):630-637.
- Moncrieff J (2006) Why is it so difficult to stop psychiatric drug treatment? It may be nothing to do with the original problem. *Med Hypotheses* 67(3):517-523. <http://lib.bioinfo.pl/pmid:16632226>
- Moncrieff J (2006) Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatr Scand* 114(1):3-13.
- Premkumar TS, Pick J (2006) Lamotrigine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18(4):CD005962.
- Ray WA (2005) Observational studies of drugs and mortality. *New England Journal of Medicine* 353: 2319-2321.
- Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM (2009) Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *New England Journal of Medicine* 360:225-235.
- Samaha AN, Seeman P, Stewart J, Rajabi H, Kapur S (2007) „Breakthrough“ dopamine supersensitivity during ongoing antipsychotic treatment leads to treatment failure over time. *J Neurosci* 27(11):2979-2986.
- Schmidt-Kraepelin C, Puschner B, Loos S, Janssen B (2013) Antipsychotische Polypharmazie bei Patienten mit Schizophrenie und hoher Versorgungsinanspruchnahme. *Psychiatr Prax* 40:380-384.
- Schooler NR, Goldberg SC, Boothe H, Cole JO (1967) One year after discharge: community adjustment of schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 123(8):986-995.
- Seeman P, Tallerico T (1999) Rapid release of antipsychotic drugs from dopamine D2 receptors: an explanation for low receptor occupancy and early clinical relapse upon withdrawal of clozapine or quetiapine. *Am J Psychiatry* 156(6):876-884.
- Seeman P, Weinshenker D, Quirion R, Srivastava LK et al (2005) Dopamine supersensitivity correlates with D2 High states, implying many paths to psychosis. *Proc Natl Acad Sci USA* 102(9):3513-3518.
- Seeman P, Schwarz J, Chen JF, Szechtman H et al (2006) Psychosis pathways converge via D2 high dopamine receptors. *Synapse* 60(4):319-346.

- Silvestri S, Seeman MV, Negrete JC, Houle S, Shammi CM, Remington GJ, Kapur S, Zipursky RB, Wilson AA, Christensen BK, Seeman P (2000) Increased dopamine D2 receptor binding after long-term treatment with antipsychotics in humans: a clinical PET study. *Psychopharmacology (Berl.)* 152(2):174–180.
- Suzuki T, Uchida H, Tanaka KF, Tomita M, Tsunoda K, Nomura K, Takano H, Tanabe A, Watanabe K, Yagi G, Kashima H (2003) Reducing the dose of antipsychotic medications for those who had been treated with high-dose antipsychotic polypharmacy: an open study of dose reduction for chronic schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 18:323–329.
- Suzuki T, Uchida H, Tanaka KF, Nomura K, Takano H, Tanabe A, Watanabe K, Yagi G, Kashima H (2004) Revising polypharmacy to a single antipsychotic regimen for patients with chronic schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 7(2):133–142.
- Taylor DM, Smith L (2009) Augmentation of clozapine with a second antipsychotic – a meta-analysis of randomized, placebo-controlled studies. *Acta Psychiatr Scand* 119(6):419–425.
- Tiihonen J, Wahlbeck K, Kiviniemi V (2009) The efficacy of lamotrigine in clozapine-resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 109(1–3):10–14.
- Tranter R, Healy D (1998) Neuroleptic discontinuation syndromes. *J Psychopharmacol* 12(4):401–406.
- van Os J, Rutten BP, Poulton R (2008) Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull* 34(6):1066–1082.
- Van Putten T, Marshall BD, Liberman R, Mintz J, Kuehnel TG, Bowen L, Aravagiri M, Marder SR (1993) Systemic dosage reduction in treatment resistant schizophrenic patients. *Psychopharmacology Bulletin* 29:315–320.
- Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M (1997) Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 54(1):49–55.
- Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A (1998) Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br J Psychiatry* 173:325–329.
- Weinmann S, Aderhold V (2010) Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: the need for more selective use and lower doses. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2(1):50–69.
- Winton-Brown TT (2014): Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. *Trends in Neurosciences* 37(2):85–94.
- Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, Slooff CJ, Knegtering R, Wiersma D (2007) Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. *J Clin Psychiatry* 68(5):654–661.

Neuroleptika: Wirkstoff / Handelsname

Atypische Neuroleptika

Wirkstoff	Handelsname
Amisulprid	Solian
Aripiprazol	Abilify
Clozapin	Leponex
Loxapin	Adasuve
Olanzapin	Zyprexa
Paliperidon	Invega
Quetiapin	Seroquel
Risperidon	Risperdal
Sertindol	Serdolact
Ziprasidon	Zeldox

Typische Neuroleptika

Wirkstoff	Handelsname
Benperidol	Glianimon
Bromperidol	Impromen
Chlorproxithen	Truxal
Flupentixol	Fluanxol
Fluphenazin	Lyogen
Haloperidol	Haldol
Levomepromazin	Neurocil
Melperon	Eunerpan
Perazin	Taxilan
Perphenazin	Decentan
Pimozid	Orap
Pipamperon	Dipiperon
Promethazin	Atosil
Prothipendyl	Dominal
Sulpirid	Dogmatil
Thioridazin	Melleril
Zuclopenthixol	Ciatyl-Z

Depot-Neuroleptika

Wirkstoff	Handelsname
Aripiprazol	Abilify Maintena
Flupentixol	Fluanxol-Depot
Fluphenazin	Dapotum-Depot
Fluspirilen	Imap
Haloperidol-decanoat	Haldol-Depot
Paliperidon	Xeplion
Risperidon	Risperdal Consta
Olanzapin	Zypadhera

Fortbildung

Qualität durch Fortbildung

Das Weiterbildungsangebot der DGSP

■ Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA)

Neu: Überregionaler Kurs im Bausteinsystem in Frankfurt/Main (Grundkurs: 280 Ustd., Aufbaukurs: 430 Ustd.) Regionale Kurse der SPZA (Berlin, Hamburg, Lüneburg u.a.) auf Anfrage

■ Qualifizierung zur Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung

Zielgruppe: Gruppenleiter/-innen in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen. Dauer: 800 Ustd. innerhalb von zwei Jahren
Beginn: im November jeden Jahres

■ Leitung und Koordination sozialpsychiatrischer Wohnformen (Heimleitung)

Zielgruppe: Mitarbeiter/-innen sozialpsychiatrischer Wohnangebote, die eine Leitungsposition anstreben oder ausüben. Dauer: 612 Ustd. innerhalb von zwei Jahren. Nächster Kurs: auf Anfrage

■ Zertifikationskurs für forensische Nachsorge

Zielgruppe: Fachkräfte, die ehemals forensisch untergebrachte Patienten in gemeindepsychiatrischer Nachsorge betreuen.
Dauer: 164 Ustd. innerhalb eines Jahres. Beginn: auf Anfrage

■ Kurzfortbildungen

Das jährlich erscheinende DGSP-Kurzfortbildungsprogramm enthält ein breites Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer und psychiatriepolitischer Themen

■ Inhousefortbildungen

Bei Bedarf bietet die DGSP auch Inhousefortbildungen zu vielen unterschiedlichen Themen an

**Ausführliches Infomaterial
und Beratung:**



**Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie**
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: 0221 511002
Fax: 0221 529903
dgsp@netcologne.de
www.dgsp-ev.de

Kapitel 3: Vor dem Reduzieren

Allgemeine Informationen

Neuroleptika wirken bei jedem Menschen immer auch individuell. Sie können unterschiedliche Funktionen erfüllen und psychische wie auch körperliche Reaktionen hervorrufen. Deshalb treten auch bei der Reduktion von Neuroleptika häufig individuell verschiedene Reaktionen auf. Niemand kann im Voraus wissen, welche Schwierigkeiten bei einer Reduktion auftreten werden. Es ist sinnvoll, die Reduktion von Neuroleptika als einen ergebnisoffenen Prozess anzusehen, der mit einem vollständigen Absetzen enden kann, aber nicht muss. Deshalb sprechen wir nachfolgend nur von Reduktion, wobei die Möglichkeit eines vollständigen Absetzens eingeschlossen ist.

Der einzig ratsame Weg, die persönlichen Möglichkeiten und zumindest vorläufigen Grenzen zu erkunden, ist es, die Reduktion langsam und vorsichtig zu versuchen. Wichtig ist hierbei, eine erhöhte Achtsamkeit und Bereitschaft zur Selbsterforschung sowie ein ausreichendes Maß an Selbstdisziplin aufzubringen. Ein solcher Versuch kann mit großer persönlicher Verunsicherung einhergehen. Dadurch kann die Wahrnehmung des eigenen Erlebens und Befindens erschwert werden. Deshalb sind eine enge Begleitung und der regelmäßige Austausch mit vertrauten Personen zur Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur der eigenen Wahrnehmungen sehr zu empfehlen.

Folgende Hinweise können hilfreich sein:

Faktoren, die für eine Reduktion oder für ein Absetzen sprechen können:

- nach einer überstandenen Psychose treten schon längere Zeit keine Symptome mehr auf;
- die Nebenwirkungen überlagern den Nutzen bzw. verhindern eine weitere Genesung (sog. Güterabwägung);
- nicht jedem helfen Neuroleptika bei der Bewältigung seiner psychischen Schwierigkeiten, bzw. nicht bei jedem führt die Einnahme zur Verbesserung seiner psychotischen Symptome (Gruppe der sog. Non-Responder);
- es ist die Bereitschaft vorhanden, noch bestehende oder wieder auftretende Symptome mit nicht-medikamentösen Strategien zu handhaben;
- eine hohe Dosierung der Neuroleptika;
- eine Kombinationsbehandlung mit mehreren Medikamenten der gleichen Art (mehreren Neuroleptika) und/oder von Neuroleptika mit anderen Psychopharmaka.

Die Reduktion von Neuroleptika kann zu einer vorübergehenden oder auch länger anhaltenden Verschlechterung des psychischen und körperlichen Befindens führen, vor allem dann, wenn zu schnell und in zu großen Schritten reduziert wird. Hierbei auftretende Symptome können den Symptomen gleichen, die zur Verordnung des Neuroleptikums geführt haben, was als sogenannter Rebound-Effekt oder Absetz-Effekt bezeichnet wird. Solche Symptome treten meistens früh, d.h. innerhalb der ersten 2–4 Tage auf und beweisen nicht unbedingt, dass die erneute Einnahme eines Neuroleptikums oder eine Dosis-Steigerung notwendig ist. Sie bessern sich dann in der Regel innerhalb von 2–4 Wochen. Höhere Dosierungen und eine bereits schon lange bestehende Einnahme erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines schwierigeren Reduktionsprozesses und benötigen in der Regel auch wesentlich mehr Zeit als kurzfristigere Vorbehandlungen und niedrigere Dosierungen.

So unterschiedlich die Reaktionen von Menschen auf die Einnahme von Neuroleptika sein können, so unterschiedlich sind auch die Reaktionen auf die Reduktion und damit auch die benötigten Hilfen zur Bewältigung von auftretenden Schwierigkeiten. Nicht alle der nachfolgend aufgeführten Hinweise und Hilfen müssen deshalb auch für Sie zutreffen. Sie dienen vor allem einer umfassenden Information, um Ihnen dadurch mehr Möglichkeiten zu geben, sich auf einen Reduktionsversuch ausreichend vorzubereiten.

Vorbereitung auf einen Reduktionsversuch – wieder „Experte in eigener Sache“ werden

Von erheblicher Bedeutung für ein erfolgreiches Reduzieren von Neuroleptika ist es, wieder mehr auf die eigenen körperlichen und psychischen Wahrnehmungen bezüglich der Neuroleptika-Wirkungen zu vertrauen und sich selbst wieder mehr als „Experten in eigener Sache“ zu verstehen. Je mehr es gelingt, an die Stelle der Medikamente neue Einsichten, Überzeugungen, Verhaltensweisen, Bewältigungskonzepte und -strategien zu setzen, desto aussichtsreicher ist es, dass ein Reduktionsversuch erfolgreich verläuft. Eine wichtige Frage ist, welche persönlichen Gründe Sie dazu veranlassen, die Medikamente reduzieren zu wollen. Die Reduktion sollte so weit wie möglich immer Teil eines umfassenderen Genesungsprozesses (Recovery) sein. Es ist empfehlenswert, hierfür notwendige Kompetenzen zumindest teilweise schon im Vorfeld eines Reduktionsversuches zu erarbeiten und während der Umsetzung zu erweitern und zu vertiefen.

Schon vor Beginn einer Reduktion ist es deshalb sinnvoll,

- sich ausführlich über Ihre Medikamente und deren Darreichungsformen zu informieren.
- sich damit auseinanderzusetzen, welche Nebenwirkungen auftreten können. Sie können sich darüber beim Hersteller informieren, mit Ihrem behandelnden Arzt sprechen und kritische Publikationen oder entsprechende Webseiten lesen (s. Seite 33 f.).
- für die eigene Medikation mehr Verantwortung einzufordern und zu übernehmen. Medikamente wirken nicht bei jedem Menschen gleich. Über individuelle Wirkungen und Nebenwirkungen können nur Sie selbst Auskunft geben. Ärzte sind auf Ihre Angaben angewiesen, um aus ihrer fachlichen Sicht vertretbare Behandlungsvorschläge für die weitere medikamentöse Therapie bzw. den nächsten Schritt bei der Reduktion machen zu können.
- darauf zu achten, dass Sie Ihre Medikamente während des Reduzierens weiterhin regelmäßig und zu gleichen Tageszeiten einnehmen. So können Sie besser entscheiden, ob körperliche und/oder psychische Veränderungen auf die Einnahme der Medikamente zurückzuführen sind oder durch andere Faktoren ausgelöst wurden.

Faktor Zeit

Der Faktor Zeit spielt beim Reduzieren von Neuroleptika eine wichtige Rolle. Je höher die Dosierung ist und je länger Neuroleptika eingenommen wurden, desto mehr Zeit muss in der Regel für die Reduktion eingerechnet werden. Da alle Psychopharmaka auf Dauer Veränderungen im Gehirn verursachen, sollte dem Gehirn Zeit gegeben werden, mit einer geringeren Dosis bzw. ohne Medikamente auszukommen. Das Gehirn besitzt eine Plastizität, die es ihm ermöglicht, die meisten durch Neuroleptika verursachten Veränderungen langsam zurückzubilden. Grundsätzlich ist es sogar zur Bildung neuer Zellen in der Lage. Es besteht ein erheblicher Mangel an Forschung zu dieser Fragestellung.

Schon vor Beginn einer Reduktion ist es deshalb sinnvoll,

- eine innere Haltung der Offenheit zu entwickeln. Die Reduktion sollte Schritt für Schritt vollzogen werden, ohne dass Sie sich dabei übermäßig unter Druck setzen, wann welches Ergebnis erreicht werden muss.
- sich damit auseinanderzusetzen, dass Schwierigkeiten und Rückschläge auftreten können. Deshalb muss Ihr Reduktionsversuch nicht scheitern, sondern kann auf der Grundlage Ihrer bisherigen Erfahrungen fortgesetzt werden.

- einzuplanen, dass Sie gegebenenfalls einen Reduktionsschritt erst einmal wieder zurücknehmen müssen, wenn die Gesamtsituation es erfordert.
- sich darauf einzustellen, in Krisensituationen eventuell auch eigenständig die Medikamentendosis vorübergehend wieder zu erhöhen, um sich wieder zu stabilisieren. Dadurch gibt man auch dem Gehirn mehr Zeit, mit den pharmakologischen Veränderungen umzugehen.
- ein Tagebuch anzulegen, in dem Sie den Reduktionsprozess genau dokumentieren. In einem solchen Tagebuch können Sie dann sowohl die Veränderungen der Medikation wie auch die täglichen körperlichen und psychischen Befindlichkeiten, Veränderungen und Schwierigkeiten festhalten. Dadurch kann ein meist langwieriger und oft nur in kleinen Schritten verlaufender Veränderungsprozess besser nachvollzogen werden. Gerade auch in Phasen übermäßiger Unzufriedenheit und Zweifel kann ein detaillierter Rückblick auf den bisherigen Verlauf und schon erreichte Veränderungen wieder mehr Geduld und Zuversicht erzeugen.

Innere und äußere Stabilität

Durch ausreichende innere Stabilität und ausreichend stabile Lebenszusammenhänge kann der Erfolg eines Reduktionsversuches maßgeblich erhöht werden. Aktuelle Probleme, wie z.B. Schwierigkeiten in wichtigen Beziehungen, unsichere Wohnverhältnisse, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, sollten deshalb soweit möglich geklärt sein. Bei Unsicherheiten über die eigene Verfassung und Stabilität kann es hilfreich sein, das Gespräch mit Partnern/Partnerinnen, Freunden, anderen Vertrauenspersonen zu suchen.

Schon vor Beginn einer Reduktion ist es deshalb sinnvoll,

- Ihre aktuelle psychische Verfassung und Ihre aktuellen Lebensverhältnisse ganz bewusst zu reflektieren und zu analysieren, um auf dieser Grundlage die folgende Zeit bewusst zu planen.
- sich gezielt mit möglichen Schwierigkeiten während der Reduktion auseinanderzusetzen und zu überlegen, welche Bewältigungsstrategien Ihnen dann zur Verfügung stehen.
- sich mit eigenen Schwächen und Schwierigkeiten auseinanderzusetzen und zu überlegen, welche konkrete Hilfe Sie eventuell benötigen werden. Einige Menschen schaffen den Ausstieg auch allein, aber es kann oft auch wichtig werden, auf die Hilfe anderer Menschen zurückgreifen zu können.
- zu prüfen, ob es in Ihrem aktuellen sozialen Umfeld Personen gibt, die eine

Reduktion befürworten und bereit sind, dieses Vorhaben zu unterstützen. Dies können Partner, Freunde und Verwandte sein, aber auch Ärzte, Therapeuten, psychosoziale oder amtliche Betreuer.

- Ihre Vorstellungen und Befürchtungen mit Vertrauenspersonen konkret zu besprechen und sie um Unterstützung zu bitten.
- Kontakt zu Menschen zu suchen, die ihre Medikamente schon erfolgreich reduziert oder abgesetzt haben, und sich mit deren Erfahrungen auseinanderzusetzen.

Angst vor dem Verlust von Schutz, Sicherheit und Kontrolle

Schon im Vorfeld eines Reduktionsversuches können Ängste auftreten: beispielsweise Angst davor, während einer Reduktion nicht mehr ausreichend geschützt zu sein. Oder Angst davor, schwierige Gefühle übermäßig zu erleben, soziale Rollen, Erwartungen und Verbindlichkeiten nicht mehr ausreichend einhalten zu können.

Schon vor Beginn einer Reduktion kann es deshalb sinnvoll sein,

- das Gespräch mit vertrauten Personen und/oder professionellen Helfern zu suchen und solche Befürchtungen zu thematisieren.
- mit Unterstützung einer vertrauten Person ein Zusammentreffen aller wichtigen Personen zu organisieren, um sich im Vorfeld über mögliche Risiken zu verständigen. Dabei können geeignete Unterstützungsmöglichkeiten in kritischen Phasen besprochen und ein gemeinsames Vorgehen für einen solchen Fall abgestimmt werden. Ergebnis solcher Treffen kann ein Krisenplan sein, in dem festgehalten wird, wer im Krisenfall welche Aufgaben und Rolle übernimmt und welche konkreten Anlässe ein erneutes Treffen erfordern.
- nach einer passenden sportlichen Betätigung zu suchen, diese auszuprobieren und in Ihren Alltag zu integrieren. Sportliche Aktivitäten können übermäßige Gefühle der Angst, Unruhe und Anspannung reduzieren.
- Entspannungstechniken einzuüben, wie z. B. die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen oder autogenes Training. Je sicherer Sie solche Techniken beherrschen, desto hilfreicher können sie in schwierigen Situationen sein. Es gibt dazu von den verschiedensten Organisationen Kursangebote und für das Üben zu Hause entsprechende CDs.
- einen Kurs einer fernöstlichen Heilmethode, wie z.B. Yoga, Tai-Chi oder Qigong, zu besuchen. Sie können dadurch Ihr Körpergefühl verbessern, Ihre Konzentrationsfähigkeit erhöhen, Ängste reduzieren. Geübt wird es auch, zwanghaftes Denken und Gedankenrasen durch solche Übungen zu stoppen.

Stationäre Behandlung während eines Reduktionsversuches

Um für den Umgang mit Krisen während des Reduktionsversuches ausreichend Sicherheit und Orientierung zu erhalten, kann es hilfreich sein, im Vorfeld schriftlich festzulegen, welche ärztliche und/oder stationäre Behandlung dann stattfinden soll, z.B. in einer Patientenverfügung oder einem Krisenplan.

Schon vor Beginn einer Reduktion kann es deshalb sinnvoll sein,

- schriftlich festzulegen, wo und wie Sie im Falle einer krisenhaften Situation behandelt werden möchten (in welcher Klinik, welche Medikamente, welche Dosierung usw.). Es besteht die Möglichkeit einer Patientenverfügung, einer Behandlungsvereinbarung, einer Vorsorgevollmacht und ähnliche Hilfsmöglichkeiten (Internet-Hinweise, s. Seite 33 f.).
- im Voraus eine Person Ihres Vertrauens zu bitten, Sie im Krisenfall bei der Durchsetzung Ihrer Wünsche zu unterstützen.

Frühwarnzeichen für Krisen

Krisen kündigen sich in der Regel durch sogenannte Frühwarnzeichen an. Solche Frühwarnzeichen können individuell sehr verschieden sein. Es ist sinnvoll, eine persönliche Checkliste für solche Hinweise zu erarbeiten, um den Beginn einer Krise rechtzeitig erkennen und ihrer weiteren Zuspitzung entgegenwirken zu können. Besonders hilfreich ist es dabei, das früheste Warnzeichen zu ermitteln. Es kann manchmal sein, dass Ihnen nahe Bezugspersonen dieses Symptom eher bemerken als Sie selbst. Wenn Sie zusätzlich noch aus früheren Krisen ableiten, wie viel Zeit vom Auftreten dieses Symptoms bis zur ausgeprägteren Krise früher vergangen ist, können Sie in etwa abschätzen, wie viel zeitlichen Spielraum Sie für Hilfsmaßnahmen haben. Solche Hilfsmaßnahmen können beispielsweise in der Entlastung von Pflichten bestehen, ausreichend Schlaf, mehr Selbstfürsorge und wohltuende Aktivitäten oder auch in einer vorübergehenden Erhöhung der Medikation.

Schon vor Beginn einer Reduktion ist es deshalb sinnvoll,

- sich noch einmal mit Frühwarnzeichen Ihrer bisherigen Krisen auseinanderzusetzen. Es gibt im Internet viele Checklisten, die behilflich sein können, u.a. auch im Arbeitsheft „Recovery“ (siehe Links unter Internet-Hinweise, S. 33 f.).
- bei Bedarf den Austausch mit Personen zu suchen, die Sie dabei unterstützen.

Schlafprobleme

Die Reduktion von Neuroleptika kann zu vorübergehenden, aber auch länger anhaltenden Problemen beim Einschlafen oder Durchschlafen führen.

Schon vor Beginn einer Reduktion ist es deshalb sinnvoll,

- sich gezielt zu überlegen, was Ihnen bei Schlafstörungen helfen kann.
- sich damit auseinanderzusetzen, gegebenenfalls bisherige Gewohnheiten (z.B. regelmäßiges Trinken von Kaffee, die Einnahme anderer wach machender Substanzen) schon vor dem Beginn der Reduktion langsam zu verändern.
- Ihren Tag-Nacht-Rhythmus so weit umzustellen, dass Sie regelmäßig und zur gleichen Zeit vor 23 Uhr schlafen gehen, weil die erste Tiefschlafphase schon vor Mitternacht beginnt.
- ein subjektiv angenehmes Schlafritual zu entwickeln, welches Sie jeden Abend gleich gestalten. Dadurch geben Sie Ihrem Körper das Signal, sich auf Nachtruhe und Schlafen einzustellen.

Therapie und Selbsthilfegruppen

Durch die Reduktion von Neuroleptika können eventuell schwierige seelische Prozesse wieder aufleben, die vorher durch die Medikamente unterdrückt oder abgeschwächt wurden. Um solche Prozesse bewältigen und ausbalancieren zu können, bedarf es häufig eines sicheren Ortes, der Schutz bietet. Vertraute Menschen können Ihnen Halt geben und durch ihre Rückmeldungen wieder mehr Orientierung vermitteln. Einen solchen Rahmen können auch eine begleitende ambulante Psychotherapie, Psychose-Seminare oder eine Selbsthilfegruppe bieten.

Schon vor Beginn einer Reduktion kann es deshalb sinnvoll sein,

- Ihr Interesse an solchen Formen der psychosozialen Begleitung und Unterstützung noch einmal gezielt zu prüfen.
- sich bei Interesse schon vor Beginn der Reduktion um einen Therapieplatz oder eine geeignete Selbsthilfegruppe zu bemühen.
- sich über die Möglichkeit einer Genesungsbegleitung durch EX-IN, d.h. durch einen Experten aus Erfahrung zu informieren. EX-INler sind Psychiatrie-Erfahrene, die als Genesungsbegleiter ausgebildet sind. Menschen mit ähnlichen Problemen können als Unterstützer sehr hilfreich sein.

Durch Reduzieren ausgelöste körperliche und psychische Probleme

Neuroleptika werden lang anhaltend im Körper gespeichert und beeinflussen nachhaltig sowohl körperliche als auch psychische Funktionen und Abläufe. Eine Reduktion kann unter Umständen körperliche und psychische Funktionen und Abläufe irritieren und so zu erheblichen Absetzschwierigkeiten führen. Das Risiko ist besonders hoch, wenn zu schnell und in zu großen Schritten reduziert wird.

Schon vor Beginn einer Reduktion kann es deshalb sinnvoll sein,

- Ihren aktuellen Gesundheitszustand untersuchen zu lassen. Insbesondere wenn Sie schon lange Zeit Neuroleptika eingenommen haben, sollten Sie Ihre gesundheitliche Situation überprüfen lassen. Oft werden während der Langzeiteinnahme mögliche Veränderungen wichtiger gesundheitlicher Parameter nicht ausreichend kontrolliert.
- Kontakt zu ganzheitlich orientierten Ärzten oder Heilpraktikern aufzunehmen und sich beraten zu lassen. Durch Naturheilmittel und homöopathische Arzneimittel können körperliche und psychische Absetzprobleme gemildert werden.
- sich über Maßnahmen zu informieren, durch die Sie selbst körperliche und psychische Belastungen während der Reduktionsphase reduzieren können. Genannt werden können hier zum Beispiel ausreichend Ruhe, gesunde Ernährung, Aufenthalte in der Natur und Sport. Besonders hervorzuheben ist hier auch das Trinken von viel neutraler Flüssigkeit (Kräutertee, Wasser). Übernehmen Sie solche Verhaltensweisen gegebenenfalls schon im Vorfeld eines Reduktionsversuches in Ihre Alltagsroutinen.
- sich mit der Möglichkeit auseinanderzusetzen, auf Alkohol und sonstige Drogen zu verzichten. Suchtmittel verschiedenster Art führen oft zu einer erhöhten körperlichen und psychischen Belastung. Ihr Körper und Ihre Psyche werden aber durch die Reduktion schon deutlich mehr belastet.
- möglicherweise schon längere Zeit aufgeschobene, aber eigentlich notwendige ärztliche Behandlungen vor dem Reduktionsversuch durchführen zu lassen (z.B. Zahn- und Schmerzbehandlungen, Maßnahmen zur Stärkung des Immunsystems).

Warum Ärztinnen und Ärzte oft nicht beim Absetzen helfen

- Sie haben Angst, die Stabilität des Patienten zu gefährden.
- Sie fühlen sich für den Patienten verantwortlich.
- Sie leiden unter Zeitmangel (Absetzen erfordert Begleitung, ist eventuell mit Notfallterminen in Krisenzeiten verbunden). Zusätzlich anfallender Zeitaufwand wird von den Kassen nicht bezahlt, obwohl im Erfolgsfall dauerhaft weniger Medikamente verschrieben werden müssen und damit auch die Kosten für die Kassen sinken.
- Sie haben schlechte Erfahrungen mit dem Reduzieren und Absetzen gemacht. Eine neue Krise kann auch mit Rückschritten verbunden sein.
- Sie glauben an die Unheilbarkeit von Psychosen.
- Sie halten sich an die in den Lehrbüchern und von der Fachgesellschaft vorgegebene Regel zur Einnahme von Neuroleptika (1 Jahr, 2 Jahre, 5 Jahre, ein Leben lang).
- Sie wissen, dass alles auch noch schlimmer kommen kann.
- Sie haben den Eindruck, dass der Patient noch psychotisches Erleben hat oder an Teilen seines Wahns festhält.
- Sie befürchten erneute/häufige Krankenhauseinweisungen, denn diese sind nicht gut für den Ruf einer Praxis.
- Sie denken auch an den Stress, den ein Absetzversuch für die Angehörigen bedeuten könnte.

Literatur

Amering M.; Schmolke A. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarb. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Colbert, T. (1999): Das verwundete Selbst. München: Beust-Verlag.

Lehmann, P. (Hg.) (2013): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. 4., akt. Aufl. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Prins, S. (2003): Vom Glück. Wege aus psychischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Podvoll, E.M. (1997): Verlockung des Wahnsinns. Therapeutische Wege aus entrückten Welten. 2. Aufl. München: Hugendubel-Verlag.

Watkins, P.N. (2009): Recovery – wieder genesen können. Bern: Verlag Hans Huber.

Weinmann, S. (2010): Erfolgsmythos Psychopharmaka. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Zehentbauer, J. (2010): Chemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden. 11., teilw. akt. Aufl. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Internet

„Harm-Reduction-Leitfaden“, auf den wir uns in dieser Broschüre an mehreren Stellen beziehen:

<http://theicarusproject.net/HarmReductionLeitfadenzumrisikoarmenAbsetzen>

http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=265

http://www.aktiv-90.de/selbsthilfe/selbstbestimmt_medis.pdf

www.bpe-online.de (unter „Unser Beratungs- und Hilfeangebot“)
http://www.mind.org.uk/media/158227/making_sense_of_coming_off_psych_drugs_2013_single_page_spread.pdf

„Recovery“: ein Handbuch, ein Arbeitsbuch und weitere Infos:
<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/>

Vorschläge für Patientenvollmacht, Behandlungsvereinbarung und Vorausverfügungen:
www.antipsychiatrieverlag.de/info/voraus.htm
www.bpe-online.de/infopool/recht/andere/bv_muenchen.pdf

Kapitel 4: Reduzieren und Absetzen

Wie gehe ich beim Reduzieren und Absetzen vor?

Grundsätzliches

- Der Beginn eines Reduktionsversuches sollte unter Bedingungen psychischer und sozialer Stabilität erfolgen. Ausnahme: Es werden aktuell Hochdosierungen oder Kombinationen von drei und mehr Neuroleptika eingenommen.
- Nach den Berichten vieler Psychiatrie-Erfahrener scheint es sinnvoll zu sein, den Wunsch nach Reduzieren und Absetzen der Neuroleptika nicht zu sehr in den Vordergrund zu stellen, sondern sich auch mit weiteren wichtigen Lebenszielen auseinanderzusetzen.
- Reduktions- und Absetzversuche sollten möglichst therapeutisch begleitet werden.
- Ein unterstützendes soziales Netzwerk ist sehr hilfreich.
- Es ist empfehlenswert, vor Beginn ein Netzwerkgespräch mit allen wichtigen therapeutischen und persönlichen Bezugspersonen zu führen und einen Krisenplan zu erstellen. Die individuellen Ängste, Gefahren und Möglichkeiten können mit diesen Bezugspersonen auf ihren realistischen Gehalt hin überprüft werden.
- Ein fortlaufendes kurzes Protokoll des Verlaufs sollte – eventuell mit einem Begleiter – geschrieben werden.

Wie reduziere ich konkret?

- Um Absetzsymptome so gering wie möglich zu halten, sollte man nach der 10%-Regel vorgehen, d.h. die Dosis jeweils um 10% reduzieren. Bei späteren Reduktionsschritten sind oft sogar noch kleinere Dosis-Stufen sinnvoll.
- Die Reduktion sollte erst dann weiter fortgesetzt werden, wenn für einige Wochen eine Stabilität mit dieser Dosis erreicht wurde. Je nach Dauer der vorausgegangenen Einnahme wird eine Wartezeit von 3 bis 6 Wochen vorgeschlagen, bevor weiter reduziert wird. Sollten sich Absetzsymptome wie Schlafstörungen oder Unruhe einstellen, sollte vor dem Abklingen der Symptome nicht weiter reduziert werden.
- Mögliche psychische oder körperliche Absetzsymptome stellen sich schnell ein und verändern sich. Sind sie zu ausgeprägt, war der Reduktionsschritt zu groß. Dann ist die Rückkehr auf die letzte Dosis – eventuell für einige Tage sogar etwas höher dosiert – richtig. Vor einem erneuten und auf jeden Fall kleineren Reduktionsschritt sollten 2–4 Wochen abgewartet werden.

- Je länger die Medikation eingenommen wurde, umso langsamer muss vorgegangen werden. Bei Medikation über mehr als fünf Jahre sollte die Reduktion über zwei Jahre erfolgen.
- Nicht selten sind die letzten Schritte bei nur noch sehr niedrigen Dosierungen besonders schwierig und benötigen noch kleinere Reduktionsschritte, die mit den üblichen Dosisgrößen der Präparate nicht mehr machbar sind. Von einigen Wirkstoffen liegen flüssige Darreichungsformen vor, mit denen sehr geringe Dosierungsveränderungen möglich sind. Im Anhang (44 f.) finden Sie eine tabellarische Übersicht über die vorliegenden Dosierungen der Präparate sowie die Teilbarkeit der Tabletten und flüssigen Formen.
- Auch die Einnahme der Neuroleptika in einem verlängerten Einnahmeintervall („extended dosing“) – nur noch jeden 2. oder 3. Tag – kann sinnvoll sein, um dem Stoffwechsel des Gehirns eine Anpassung zu ermöglichen. Dabei sollte mit einem zunächst zweitägigen Abstand begonnen und nach drei Monaten und bei Stabilität dreitägigen Abstand vorgegangen werden. Dies wurde bisher in zwei Pilotstudien, allerdings nur über 6 Monate als erfolgreich untersucht (Remington et al. 2005, 2010, 2011). Bisher gibt es keine Studie, die das „extended dosing“ bis zum vollständigen Absetzen eines Medikaments durchgeführt hat. Bitte beachten: Clozapin und Olanzapin sind aufgrund ihrer Rezeptorbindungszeit für ein solches Vorgehen nicht geeignet.
- Auch eine Reduktion ist bereits ein Erfolg. Häufig ist zunächst nur die Behandlung mit einer geringeren Dosis zu erreichen. Weitere längerfristige therapeutische Begleitung ermöglicht später oft eine weitere Reduktion auf eine sehr geringe Dosis, vielleicht sogar das vollständige Absetzen.

Besondere Situationen

- Bei mehreren Medikamenten (Kombinationsbehandlungen) sollte immer nur eine Substanz auf einmal reduziert werden. Am besten beginnt man mit der Substanz, auf die man am leichtesten verzichten kann.
- Depot-Neuroleptika sollten auf jeden Fall in Begleitung eines Psychiaters reduziert werden. Hierbei besteht die Möglichkeit, die Dosis zu reduzieren, die Intervalle zwischen den Spritzen zu verlängern oder zunächst auf die entsprechende orale Dosis (Tabletten, Tropfen) umzusteigen, um die Reduktion in kleineren Schritten zu erleichtern.

Was sonst noch wichtig ist

- Kurzfristige psychotische Symptome müssen nicht zwangsläufig zu einer Dosis-Erhöhung führen. Auch mit begleitenden psychosozialen Behandlungsformen

kann wieder Stabilität erreicht werden. Helfen können Entspannungstechniken, körperliche Aktivitäten, die Grundsätze des Recovery, Coping-Techniken bei Stimmenhören, Einzeltherapie, Familientherapie, traditionelle chinesische Kräutermedizin.

- Auch eine kurzfristige Medikation mit Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen) kann hilfreich sein.
- Es kann zu stärkeren emotionalen Reaktionen kommen. Eine geeignete Unterstützung bei der Verarbeitung (kreativer Ausdruck, Psychotherapie, Sport u.a.) kann man sich gut im Vorfeld überlegen.
- Bei psychischer Instabilität können engmaschige Kontakte (ein- bis zweimal wöchentlich) zu vertrauten bzw. professionell helfenden Personen die notwendige Sicherheit geben. Sie können eine wichtige zusätzliche Einschätzung in der Situation geben.
- Wesentlich sind gesunde Ernährung, Obst, Wasser, körperliche Bewegung, Ruhezeiten und viel Schlaf (möglichst auch vor Mitternacht, evtl. unterstützend Baldrian).
- Kein Alkohol, keine Drogen, evtl. kein Kaffee.
- Der Beobachtungszeitraum nach dem vollständigen Absetzen sollte zwei Jahre betragen. Auftretende Unruhezustände oder Schlafstörungen sollten ernst genommen werden. In Absprache mit dem behandelnden Arzt können möglicherweise für einen eng begrenzten Zeitraum Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) mit kurzer Halbwertszeit verschrieben werden. Sie dürfen jedoch nicht dauerhaft an die Stelle des abgesetzten Medikaments treten, da sie abhängig machen.
- Keinesfalls sollen Drogen eingesetzt werden, da sie wieder eine Psychose auslösen können und die erreichte Dosis-Reduktion damit hinfällig wäre.

Literatur

Remington G, Seeman P, Shammi C, Mann S, Kapur S (2005) „Extended“ antipsychotic dosing: rationale and pilot data. J Clin Psychopharmacol 25:611–613.

Remington G, Kapur S (2010) Antipsychotic dosing: how much but also how often? Schizophr Bull 36:900–903.

Remington G, Seeman P, Feingold A, Mann S, Shammi C, Kapur S (2011) „Extended“ antipsychotic dosing in the maintenance treatment of schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 72:1042–1048.

Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management. National Collaborating Centre for Mental Health, London 2014.

Internet

Psychopharmaka-Beratung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener: www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de
www.pinel-online.de/index.php?id=573

Wolfgang Heuer ist Mitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) und war 1994 Mitgründer des Hamburger Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (LPE). Er war einer der ersten drei Vorstandsmitglieder. Seitdem ist er aktiv in der Selbsthilfegung tätig.

„Ich erlebe seit 20 Jahren die Reduktions-/Absetzversuche vieler Menschen. Viele Absetzversuche blieben nicht dauerhaft erfolgreich. Von denjenigen, die erfolgreich waren, weiß ich, dass sie noch deutlich langsamer ausgeschlichen haben, d.h. Reduktionsschritte nur etwa alle drei Monate vorgenommen haben. Für einige galt, dass sich die Erfolge der Reduktion in Frühjahrs- und Sommermonaten in den Herbst- und Wintermonaten meist nicht haben fortsetzen lassen. Der Zunahme der begünstigenden Lebens-Energie (in der Natur) im Frühjahr steht eine Abnahme dieser Kraft im Herbst entgegen! Auch andere äußere Quellen von Lebens-Energie sollten in Betracht gezogen werden. Wenn man von anderen Menschen Aufmerksamkeit(senergie = Liebe, Lebens-Energie) bekommt, geht es einem besser. Wenn das entfällt, wird es schwieriger. Ebenso wie jeder Stress (im weitesten Sinne) die Lage negativ beeinflusst. Die optimale Lösung ist nach meiner Erfahrung, die Versorgung mit dieser Kraft auf ‚solide‘ Beine zu stellen, das heißt, die eigene innere Quelle dieser Kraft zu aktivieren – zur entsprechenden Bewusstseins-Ebene aufzusteigen, sich mit ihr bzw. der Kraft zu vereinigen. Ich bin diesen Weg selbst gegangen und kann heute genau spüren, was mich Kraft kostet, und kann entsprechend frühzeitig für mich sorgen und stabil bleiben. Wer Neuroleptika reduzieren will, der sollte zuvor im Bewusstsein etwas ‚Substanzielles‘ getan haben. Die Anfälligkeit für Stress sollte zum Positiven hin verändert (worden) sein. Sonst reagiert der Mensch wahrscheinlich bei der nächsten Herausforderung (Überforderung!) wieder mit einer Krisen-Reaktion. Wer aber ein tragendes Fundament besitzt, wer ‚spirituelle Wurzeln‘ entwickelt hat, den kann auch der stärkste mentale Sturm nicht wirklich knicken. Unsere wahre Gesundheit ist uns Menschen in die Hand (ins Bewusstsein) gegeben. Wir verfügen über die Kraft, die uns heilen kann – wenn wir es wollen und den entsprechenden Zustand herstellen.“

Mögliche Probleme beim Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika

Hinweis: Die beiden folgenden Abschnitte sind eine auszugsweise eigene Übersetzung (im Text in Anführungszeichen und kursiv gesetzt) von Markus Kaufmann (Mitglied des Fachausschusses) aus Breggin 2013 (S. 119 ff.). Dr. Peter Breggin ist ein amerikanischer Psychiater, der über umfangreiche Erfahrungen beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka verfügt. Es gibt bisher sehr wenig Literatur zu diesem Thema, insbesondere zu den Unterscheidungskriterien zwischen Absetzsymptomen und Symptomen der psychiatrischen Erkrankung.

„Jedes Psychopharmakon kann Entzugs- bzw. Absetzsymptome produzieren. Dies geschieht zum Teil, weil das Gehirn sich an das Psychopharmakon anpasst und es in einem abnormal kompensierten Zustand zurückgelassen wird, wenn die Dosis eines Medikaments reduziert wird oder das Medikament abgesetzt wird.“

Bei der Reduktion und dem Absetzen von Neuroleptika können folgende Symptome auftreten:

1. **Psychotische Symptome** können beim Reduzieren und Absetzen im Rahmen der Veränderungen im Hirnstoffwechsel auftreten. Sie können nicht immer sicher von der ursprünglichen psychotischen Störung unterschieden werden. Sie entstehen meist innerhalb von Tagen nach der Reduktion, bessern sich in der Regel nach 2–3 Wochen.
2. **Emotionale Labilität** oder Instabilität (wie beispielsweise Angst, Unruhe, paranoide Reaktionen, Depression, Reizbarkeit, Aggressivität und Antriebssteigerungen). Auch sie entstehen meist innerhalb von Tagen oder Wochen nach dem Reduzieren oder Absetzen des Medikaments.
3. **Schlafstörungen** können belastend sein und zu Instabilität beitragen.
4. **Bewegungsstörungen** (wie beispielsweise Muskelsteifigkeit, Zittern, unwillkürliche Bewegungen des Gesichts, der Lippen, Kiefer, Zunge, Arme, Handgelenke, Hände, Finger, Beine, Knie, Zehen, Nacken, Schultern, Hüften, Sitzunruhe) können in seltenen Fällen ausgeprägt und mit Unruhe und Angst verbunden sein.
5. **Kognitive Einschränkungen** wie Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Vergesslichkeit und Zerstreuung.
6. **Magen-Darm-Probleme** wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, Bauchkrämpfe und Bauchschmerzen.

7. Weitere körperliche Symptome wie grippeähnliche Symptome mit Unwohlsein, Schwitzen, Muskelkrämpfen, Missempfindungen, Herzrasen, übermäßige Schmerzempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Bluthochdruck.

Das Ausmaß dieser Symptome wird wesentlich mitbestimmt durch die Größe des Reduktionsschrittes. Umso wichtiger ist es, langsam und mit kleinen Reduktionsschritten vorzugehen.

Unterscheidung zwischen Absetzphänomenen und Krankheitssymptomen

„Absetzsymptome können oft von Symptomen der vorher bestehenden psychischen Erkrankung und von sich neu entwickelnden psychischen Problemen während des Reduzierens unterschieden werden. Die Absetzsymptome entwickeln sich, gewöhnlich kurz nachdem ein Medikament reduziert wurde, und verschwinden, wenn die Dosis vor der Reduktion wieder eingenommen wird.“

In der Regel bessern sich die Symptome oder verschwinden innerhalb weniger Stunden oder Tage. Das Vorliegen von Bewegungsstörungen (wie sie im vorhergehenden Abschnitt unter Punkt 4 beschrieben wurden) in Verbindung mit rasch auftretenden psychotischen Symptomen während des Absetzprozesses ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es sich nicht um Symptome der Grunderkrankung, sondern um Absetzphänomene und damit um Symptome einer Neuroleptika-induzierten sogenannten Supersensitivitätspsychose handelt.

„Es kann manchmal sehr schwierig oder sogar unmöglich sein, zwischen einem Absetzsymptom wie Angst, Depression, Manie oder anderen psychiatrischen Symptomen und dem ursprünglichen psychiatrischen Problem des Patienten zu unterscheiden. Es kann besonders schwierig sein, zwischen Absetzsymptomen und neu entwickelten psychiatrischen Symptomen zu unterscheiden, wenn Stressoren wie Konflikte zu Hause, auf der Arbeit oder irgendein anderer Verlust oder Stressor während oder kurz nach der Reduzierung auftauchen. [...]“

Trotz der gelegentlichen Schwierigkeiten können Absetzsymptome generell von vorherigen psychiatrischen Problemen durch Folgendes unterschieden werden:

1. Die Symptome – wie zum Beispiel Angst, Depression, Suizidalität, Feindseligkeit, Manie oder eine Psychose – tauchen innerhalb von Tagen oder Wochen nach dem Reduzieren oder Absetzen des Medikaments auf. [...]

2. Die emotionalen Symptome sind oft verbunden mit der Entwicklung oder Verschlechterung von bekannten körperlichen Absetzsymptomen des Medikaments, wie zum Beispiel anormale Bewegungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Missempfindungen, grippeähnliche Symptome, Bewegungsunruhe, Muskelkrämpfe oder Magen-Darm-Probleme [...].

3. Die Symptome werden von den Patienten manchmal als ‚physisch‘ oder als fremd erfahren, ungewöhnlich und nicht in Verbindung zu bringen mit vorherigen psychiatrischen Symptomen. Manchmal fühlen sich die Symptome nervenaufreibend und beängstigend an, in ihrer Art und Weise anders als die vertrauten psychiatrischen Symptome.

4. Die Symptome sind sehr gelindert oder verschwinden, kurz nachdem man die vorherige Dosis des Medikaments wieder eingenommen hat; oft innerhalb von einer Stunde auf nüchternem Magen oder fast immer innerhalb von wenigen Stunden. Nach meiner klinischen Erfahrung ist der Effekt, den die Wiedereinnahme der vorherigen Dosis hat, normalerweise so schnell und positiv, dass die Patienten überrascht und überzeugt sind von der Erfahrung, dass sie unter einer Absetzreaktion gelitten haben. Dies ist so eine übereinstimmende und vorhersagbare Reaktion, dass, wenn diese nicht erscheint, der Behandler etwas Unerwartetes im Verdacht haben sollte, wie zum Beispiel die Entwicklung einer damit nicht in Verbindung stehenden körperlichen Störung, dem heimlichen Gebrauch von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten oder einem psychologischen Stressor, von dem der Patient nicht berichtet hat.

Behandler nehmen zu oft an, dass jedes psychiatrische Symptom in Verbindung mit einer inhärenten Störung des Patienten steht als vielmehr mit einer direkten Medikamentenwirkung oder einem Absetzsymptom. Medikamentendosierungen werden dann reflexartig erhöht oder zusätzliche Medikamente verordnet. Dies führt dazu, dass Patienten mit zu hohen Dosierungen oder mit zu vielen verschiedenen Medikamenten auf einmal behandelt werden. [...]

Wann auch immer Symptome während einer Dosisänderung (nach oben oder nach unten) auftauchen oder sich verschlechtern, sollte der Behandler einschätzen, ob die Symptome in Verbindung mit der Medikation stehen.“

Fehler, die Ärztinnen und Ärzte machen

- Sie fördern bei ihren PatientInnen keinen selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten.
- Sie nehmen Nebenwirkungen und ihre Bedeutung für die PatientInnen nicht wirklich ernst.
- Sie sagen ihren PatientInnen, wie lange man Neuroleptika nach den derzeitigen Regeln nehmen soll, ohne darauf aufmerksam zu machen, dass die Dauer der Einnahme individuell verschieden ist. Ergebnis: Patient gibt die Hoffnung auf.
- Sie geben ihren PatientInnen keine Perspektive in Bezug auf das Reduzieren der Neuroleptika. Ergebnis: Patient setzt allein und ohne Absprache ab.
- Sie reduzieren zu schnell oder in zu hohen Dosen.
- Sie verschreiben keine geringeren Dosierungen. Ergebnis: Patient setzt allein und gezwungenermaßen zu schnell ab.
- Sie sagen den PatientInnen nicht, dass sie die Dosis wieder erhöhen sollen, wenn sie sich mit dem Reduzierungsschritt nicht gut fühlen.
- Sie geben ihren PatientInnen nichts Schriftliches mit, damit die Empfehlungen des Arztes noch mal nachgelesen werden können.
- Sie schreiben zu oft und zu schnell Symptome, die beim Reduzieren bzw. Absetzen auftreten, der psychischen Erkrankung des Patienten zu.

Literatur

Howland RH (2010a) Potential adverse effects of discontinuing psychotropic drugs. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 48(9):11–14.

Lehmann, P. (Hg.) (2013): *Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 4., akt. Aufl. Berlin: Antipsychiatrieverlag.

Tranter R, Healy D (1998) Neuroleptic discontinuation syndromes. *J Psychopharmacol* 12(4): 401–406.

Internet

Breggin, P. R. (2013): *Psychiatric drug withdrawal. A guide for prescribers, therapists, patients, and their families*, 119 et seq. New York: Springer:
http://breggin.com/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=15&Itemid=42

Psychopharmaka-Beratung in der Selbsthilfe

■ Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener

Psychopharmaka-Beratung

Tel.: 0234 6405012, jeden Dienstag von 10 bis 13 und 14 bis 17 Uhr

E-Mail: matthias.seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de

■ SELPST – Selbsthilfeberatungsstelle für Psychosebewältigung,

Psychopharmaka, Psychotherapie

Hessestr. 10, 90443 Nürnberg

Tel.: 0911 42485533

E-Mail: selpst@web.de

Einzelberatung: Donnerstag 11–17 Uhr oder nach Vereinbarung

Gruppenangebote:

- Selbsthilfegruppe für Menschen mit Psychose-Erfahrung:
Donnerstag 17.30–19.00 Uhr
- Selbsthilfegruppe „Neuroleptika absetzen“: Termin bitte telefonisch erfragen

■ Wöchentliche Psychopharmaka-Absetzgruppe in Köln;

bitte anfragen bei: Tel.: 0221 95154258 (nur montags 11–14 Uhr)

Anhang

In Deutschland als Neuroleptika zugelassene Wirkstoffe: Überblick über die vorliegenden Dosierungen der Präparate (ohne Gewähr) einschließlich der Flüssigdarreichungen

Grundsätzlich eignen sich nur Tabletten (Tbl.), die mit einer Einkerbung (Bruchrille) versehen sind, dazu, geteilt zu werden. Filmtabletten, Dragees (Drg.) und Kapseln (Kps.) dürfen Sie nicht teilen, weil damit ihre Wirkweise verändert/aufgehoben wird. Falls Sie Fragen oder Zweifel haben, fragen Sie Ihren Apotheker oder auch den jeweiligen Hersteller. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, dass Ihr Arzt Ihnen Tabletten in anderen individuellen Dosisgrößen verschreibt (Rezept mit dem Zusatz [lat.] „misce fiat capsulae“), die dann in der Apotheke angefertigt werden. Dies ist allerdings nur für nicht retardierte Präparate möglich.

In Deutschland als Neuroleptika zugelassene Wirkstoffe

Wirkstoff / Handelsname	Darreichungsform/-menge
Amisulprid (Solian)	50/ 100/ 200/ 400 mg Tbl. Lösung: 1 ml = 100 mg
Aripiprazol (Abilify)	5/ 10/ 15/ 30 mg Tbl. oder Schmelztbl. Lösung: 1 ml = 1 mg
Benperidol (Glianimon)	2/ 4/ 5/ 10 mg Tbl. Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 2 mg
Bromperidol (Impromen)	Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 2 mg
Chlorproxithen (Truxal)	15/ 50/ 100 mg Filmtbl. oder Drg. Saft: 1 ml = 20 mg
Clozapin (Leponex)	25/ 50/ 100 mg (Tbl. sind teilbar) Suspension: 1 ml = 50 mg
Flupentixol (Fluanxol)	0,5/ 2/ 5 mg Drg. Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 20 mg Depotspritze: 10 bis 100 mg alle 2–4 Wochen
Fluphenazin (Lyogen)	1/ 4 mg Tbl. 3/ 6 mg Drg. Tropfen: 1 ml = 25 Trpf. = 2,5 mg Depotspritze: 12,5 bis 100 mg alle 2–4 Wochen
Fluspirilen (Imap)	Depotspritze: 2 bis 12 mg einmal pro Woche
Haloperidol (Haldol)	1/ 2/ 5/ 10/ 20 mg Tbl. Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 2 mg Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 10 mg (forte) Depotspritze: 25 bis 200 mg alle 4 Wochen
Levomepromazin (Neurocil)	10/ 25/ 100 mg Tbl. 100 mg Filmtbl. Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 40 mg

Fortsetzung Seite 45

In Deutschland als Neuroleptika zugelassene Wirkstoffe

Wirkstoff / Handelsname	Darreichungsform/-menge
Loxapin (Adasuve)	4,5/ 9,1 mg Pulver zur Inhalation
Melperon (Eunerpan)	10/ 25/ 50/ 100 mg Tbl. Lösung: 1 ml = 5 mg Lösung: 1 ml = 25 mg (forte)
Olanzapin (Zyprexa)	2,5/ 5/ 7,5/ 10/ 15/ 20 mg Tbl. oder Schmelztbl. Depotspritze: 150 bis 210 mg alle 2 Wochen / 300 bis 405 mg alle 4 Wochen
Paliperidon (Invega/Xeplion)	3/ 6/ 9 mg Tbl. Depotspritze: 25 bis 150 mg alle 4 Wochen
Perazin (Taxilan)	25/ 100/ 200 mg Tbl. oder Drg.
Perphenazin (Decentan)	4/ 8 mg Tbl.
Pimozid (Orap)	1/ 4 mg Tbl.
Pipamperon (Dipiperon)	40/ 120 mg Tbl. Saft: 1 ml = 4 mg
Promethazin (Atosil)	10/ 25/ 50/ 100 mg Tbl. oder Drg. Tropfen/Lösung: 1 ml = 20 Trpf. = 20 mg
Prothipendyl (Dominal)	40/ 80 mg Tbl. oder Drg. Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 50 mg
Quetiapin (Seroquel)	25/ 100/ 150/ 200/ 300 mg Filmtbl. 50/ 200/ 300/ 400 mg Retardtbl.
Risperidon (Risperdal)	0,25/ 0,5/ 1/ 2/ 3/ 4/ 6/ 8 mg Tbl. oder Schmelztbl. Lösung: 1 ml = 1 mg Depotspritze: 25 bis 50 mg alle 2 Wochen
Sertindol (Serdolect)	4/ 12/ 16/ 20 mg Tbl.
Sulpirid (Dogmatil)	50/ 200 mg Tbl. oder Kps. Saft: 1 ml = 5 mg
Thioridazin (Melleril)	25/ 30/ 50/ 100/ 200 mg Tbl. oder Drg.
Ziprasidon (Zeldox)	20/ 40/ 60/ 80 mg Kps.
Zuclopenthixol (Ciatyl-Z)	2/ 10/ 25 mg Tbl. Tropfen: 1 ml = 20 Trpf. = 20 mg Depotspritze: 50 bis 150 mg alle 2–3 Tage Depotspritze: 100 bis 400 mg alle 2–3 Wochen

Quelle: Benkert, O.; Hippus, H. (2013): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 9., vollst. überarb. u. akt. Aufl. Berlin u.a.: Springer-Verlag.



Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Neuroleptika

Neu! Aktualisierte und erweiterte Auflage

Überschätzter Nutzen, unterschätzte Risiken

Auch die „neue Generation“ von Neuroleptika kann die Hoffnungen auf eine nebenwirkungsarme Psychose-Behandlung nicht erfüllen.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie setzt sich seit langem kritisch mit der Gabe von Neuroleptika auseinander. In einem aktualisierten und erweiterten Memorandum lenkt sie zudem neu den Blick auf die zunehmende Verordnung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei der Behandlung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung.

In einem Zehn-Punkte-Katalog formuliert die DGSP Kriterien für die Verabreichung und Überwachung der Medikamentengabe sowie für komplexe psychosoziale Behandlungsmodelle als Basis jeder Therapie.

Die 36-seitige Broschüre ist erhältlich bei:

DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Tel.: 0221 511002

E-Mail: dgsp@netcologne.de Download: www.dgsp-ev.de

Kapitel 5: Alternative Möglichkeiten zum Umgang mit Problemen/Symptomen

Was tun bei Anspannung und Angst?

Bei den meisten psychischen Erkrankungen sind Anspannung und Angst ein grundlegendes Problem. Vielleicht haben auch Sie schon die andauernde Anspannung, den damit verbundenen Druck und das Überwältigtsein durch Angst kennengelernt. Vielleicht kennen Sie bereits auch die Angst vor der Angst. Vielleicht ist dies für Sie ein Grund, die Reduktion oder das Absetzen der Medikamente zu verschieben oder ganz sein zu lassen. Seien Sie sicher – es gibt Hilfe gegen Anspannung und Angst! Natürlich können im Vorfeld und während der Reduktion und des Absetzens von Neuroleptika übermäßige Ängste auftreten. Angst davor, nicht mehr ausreichend geschützt zu sein, Angst davor, schwierige Gefühle übermäßig zu erleben, soziale Rollen, Erwartungen und Verbindlichkeiten im sozialen Netzwerk nicht mehr ausreichend einhalten zu können, Angst vor einem schweren Rückfall und viele weitere Ängste. Angst ist oft Vorläufer und auch Auslöser verschiedener psychotischer Symptome. Deshalb sollten Sie grundsätzlich Strategien kennen und einüben, die nachweislich Ängste mindern.

Bewegung

Angst ist eine Reaktion auf eine wahrgenommene Gefahr. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eine tatsächlich vorhandene bedrohliche Situation handelt oder ob sich die Bedrohung ausschließlich in unserem Kopf abspielt. Eigentlich wollen wir fliehen, jedoch ist dieser Ausweg heute oft nicht mehr angemessen und deshalb unterdrücken wir diesen Fluchtreflex. Dadurch geraten wir in eine oft wenig kontrollierbare Stresssituation. In dieser Situation ist jegliche Art von Bewegung geeignet, den Stresslevel zu verringern. Deshalb ist Bewegung ein bewährtes Mittel zur Verringerung von Anspannung und Angst. Sportliche Aktivitäten können übermäßige Gefühle der Angst, Unruhe und inneren Anspannung reduzieren. Suchen Sie nach einer für Sie passenden sportlichen Betätigung, probieren Sie sich aus. Testen Sie, ob die Übernahme einer sportlichen Betätigung in Ihren Alltag für Sie stimmig und umsetzbar ist. Kommen Sie in Bewegung.

Entspannung – Meditation – Yoga

Gegen Anspannung hilft Entspannung. Mittlerweile ist dies auch durch verschiedene Forschungen belegt. Entspannungsübungen und Meditationen führen zu

heilsamen Veränderungen im Gehirn und im Nervensystem. Es kann hilfreich sein, sich bereits vor der Reduktion Ihrer Medikamente, Kenntnisse über die verschiedenen Möglichkeiten zu verschaffen und gründlich einzuüben. Ob Sie eher die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen oder autogenes Training oder eine andere Möglichkeit wählen, spielt dabei keine Rolle. Je sicherer Sie sich mit Entspannungstechniken auskennen, desto hilfreicher können sie in schwierigen Situationen sein. Es gibt dazu von den verschiedensten Organisationen Kursangebote und für das Üben zu Hause entsprechende CDs.

Tagesplan

Ein weiteres wirkungsvolles Mittel gegen Anspannung und Angst, aber auch Gedankenrasen und Grübelzwang ist ein geregelter Tagesablauf und die Beschäftigung mit alltäglichen kleinen Pflichten. Ein ausführlicher Tagesplan kann sehr hilfreich sein. Sie können sich ganz individuell selber einen Plan erstellen, aber auch auf bereits vorgefertigte zurückgreifen, die sich in der Praxis bewährt haben. In dem bereits erwähnten Recovery-Arbeitsheft finden Sie gute Beispiele für Tages- und Wochenpläne (siehe Seite 34, www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/).

Andere Menschen

Schwierige Situationen, Probleme, Krisen lassen sich mithilfe wohlmeinender Menschen einfacher bewältigen als alleine. Teilen Sie mit, was Sie von anderen Menschen brauchen, wenn Sie in Angst und Anspannung geraten. Teilen Sie auch mit, was Sie nicht brauchen. Scheuen Sie sich nicht, Menschen, zu denen Sie eine vertrauensvolle Beziehung haben, auf krisenhafte Situationen vorzubereiten und um Hilfe zu bitten, wenn es notwendig ist.

Literatur

Reineke, M. (2012): Das kleine Anti-Angst-Buch. Die Notfallapotheke für Angstsituationen. Ostfildern: Patmos-Verlag.

Rüegg, J. (2010): Mind & Body. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Schmidt-Traub, S. (2013): Angst bewältigen. Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie. 5. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag.

Internet

Folgende Internetadressen geben Hinweise zum Achtsamkeitstraining:

www.mihuppertz.de

www.institut-fuer-achtsamkeit.de

www.mbsr-verband.org

Was tun bei Stimmenhören?

Dieser Abschnitt wendet sich an Betroffene, die Stimmen hören, aber auch an Begleiter beim Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika. Schwierigkeiten, die durch das Stimmenhören entstehen können, lassen sich oft mit Hilfestellung durch vertraute Personen besser bewältigen. Dazu bedarf es keiner psychiatrischen Fachausbildung, denn es geht vor allem um Verständnis. Verständnis für ein Erleben des Anderen, das mir verschlossen bleibt, das ich nicht nachvollziehen kann und das mir deshalb vielleicht manchmal unheimlich ist. Bereits das Bemühen um Verständnis kann Hoffnungen wecken und hilfreich im schwierigen Genesungsprozess sein.

Stimmenhören ist ein häufiges psychotisches Symptom und kann zu einem äußerst belastenden Faktor werden. Manchmal bleiben die Stimmen eher im Hintergrund; sie können jedoch auch die Lebensqualität, die Konzentration und die Lebensfreude stark beeinträchtigen. Stimmen können verwirren, Angst verstärken und eine krisenhafte Situation verschlechtern. Nicht selten besteht das Stimmenhören auch unter der Gabe von Neuroleptika weiter. Da auch im Verlauf eines Reduktionsprozesses psychotische Symptome auftauchen können, ist es wichtig, sich vorab gründlich über Möglichkeiten des Umgangs mit diesem Phänomen zu informieren.

Zirka 4 bis 5% der Bevölkerung hören öfter oder gelegentlich Stimmen, ohne eine Psychose zu haben. Nicht dass man Stimmen hört, ist das Problem, sondern der Umgang damit und oft auch die Reaktionen des Umfelds als auch die eigenen Reaktionen und sehr negative Inhalte von Stimmen. Einige berühmte Persönlichkeiten haben Stimmen gehört und sind damit offen umgegangen. Alleiniges Stimmenhören erfüllt an sich noch nicht das Kriterium einer Psychose, wohl aber die dadurch häufig ausgelöste Angst, Panik und Verwirrtheit.

Wenn Sie im Verlaufe der Reduktion oder des Absetzens der Neuroleptika wieder Stimmen hören, sollten Sie einen Versuch wagen, sich mit dem Stimmenhören anders als bisher auseinanderzusetzen. Stimmen sind kontrollierbar; manchmal gelingt es, die Stimmen zu beenden oder aber in einer guten Kooperation oder mindestens in gegenseitiger Akzeptanz mit ihnen zu leben. Alleine Fragen wie: Ist es eine oder sind es mehrere Stimmen, sind sie weiblich oder männlich, gehören sie zu bekannten Personen?, können schon eine gewisse Distanz schaffen. Wir möchten Sie ermutigen, sich auf den Weg zu machen. Es gibt verschiedene Techniken. Dabei geht es meist darum, mit den Stimmen in Kontakt zu treten, die Stimmen zu versachlichen, sie mit der Realität zu konfrontieren und sich auf dieser Ebene mit ihnen auseinanderzusetzen. Die folgenden „Interventionstechniken“ sollen helfen, „die Kontrolle über die Stimmen zu erhöhen“ (Romme/Escher 2008, S. 106).

Interventionstechniken für Stimmenhörer

Den Stimmen antworten

- *Dies bedeutet einfach, eine kurze Antwort zu geben, wie: „Ja, du hast recht“ oder: „Nein, da liegst du falsch“ [...].*
- *Es ist auch wichtig, nicht in eine Diskussion abzugleiten.*
- *In dieser Technik geht es darum, die eigene Position zu bestimmen, und zu lernen, für die eigenen Entscheidungen in einer einfachen und direkten Weise einzustehen.*

Eine bestimmte Zeit und Dauer für die Stimmen bestimmen

- *Der Hörer trifft eine Verabredung mit den Stimmen, um ihnen für eine bestimmte Zeit zuzuhören, 5 bis 30 Minuten zum Beispiel zu einer bestimmten Tageszeit, die dem Stimmenhörer passt.*
- *Zu allen anderen Zeiten sollte der Hörer die Stimmen zurückweisen [...].*
- *Wichtig: Man braucht einen Tagesplan mit Aktivitäten. Ein festes Muster erleichtert es den Hörern, die Stimmen auf ihre zugeordnete Zeit zu verweisen [...].*
- *Man braucht Disziplin.*
- *Diese Technik bietet sich gut für Betroffene an, die einer Arbeit/Beschäftigung nachgehen und in dieser „funktionieren“ müssen.*

Die Stimmen für eine bestimmte Zeit abweisen

- *Wenn die Stimmen ständig da sind, wird die obige Technik nicht funktionieren. Es kann jedoch möglich sein, die Stimmen für eine halbe Stunde wegzuschicken, während der Hörer sich in irgendeine Beschäftigung vertieft.*
- *Am Ende der vereinbarten Zeit muss es den Stimmen erlaubt sein, zurückzukehren.*

Aufschreiben, was die Stimmen sagen und wollen

- *Manche Menschen sind so eingeschüchtert, dass sie den Stimmen nicht richtig zuhören können. Stimmenhörer können sich helfen, indem sie aufschreiben, was die Stimmen sagen, und dann hinterher darüber entscheiden, was sie tun wollen (ob man das Papier behalten, wenn nützlich, oder es wegwerfen will, wenn nicht nützlich, sehr negativ oder beleidigend; Variationen: Stimmentagebuch, Brief an die Stimmen, Brief aus Sicht der Stimmen).*
- *Sie haben die Wahl, ob Sie dies mit einer professionellen oder privaten Person Ihres Vertrauens besprechen/auswerten wollen.*

Prüfen, ob das, was die Stimmen sagen, auch wahr ist

- Beispiel: *Eine Stimme sagt: „Du lügst.“ Es gibt mehr als eine Weise, darauf zu reagieren. Man kann verärgert sein oder sich schämen, aber man kann auch sagen: „Du hast recht, aber ich habe einen guten Grund“ oder: „Du liegst falsch. Was du sagst, entspricht einfach nicht der Wahrheit [...]“*
- Diese Technik regt die Formulierung der eigenen Meinung an.

Grenzen setzen

Sobald die Stimmen etwas sagen, was von jeder anderen Person inakzeptabel wäre, muss der Hörer sie sofort wegschicken. Es ist wichtig, dies nicht hinauszuzögern. Auf diese Weise können die Stimmen nur unter den Bedingungen des Hörers bleiben. Dies entspricht den Regeln in normalen Beziehungen.

Anordnungen verschieben

- Sie sollten nicht direkt auf die Wünsche, Anweisungen oder Befehle der Stimmen reagieren.
- Ziel ist es, *zunächst einmal abzuwarten, was passiert*, wenn Sie als Hörer *nichts machen* (nichts machen bedeutet nicht, gegen die Stimmen zu arbeiten).
- Zunächst eine Minute innehalten und warten, Intervalle im Rahmen der eigenen Möglichkeiten erhöhen (Stoppuhr zu Hilfe nehmen).

Verschiedene Anordnungen ersetzen und lernen, Ärger und Wut auszudrücken

- Wenn Stimmen besonders *bedrohend und aufwühlend sind* (z.B. Aufforderungen, sich oder andere zu verletzen), *hat dies viel mit der Unfähigkeit des Hörers zu tun, Ärger auszudrücken. Die Stimme drückt es im Prinzip für ihn aus, aber mit einer viel größeren Intensität.*
- *Für Menschen, die dies nicht können, kann es einen Mittelweg geben, der niemandem wehtut. Ein Kissen oder einen Punchingball hart schlagen, Schlagzeug spielen, oder einen Sport wählen, der völlig ermüdend ist [...].*

Mit jemandem über die Stimmen sprechen

- Das kann *die Gefühle von Angst und Scham überwinden* helfen.
- Es ist ein Gefühl der Erleichterung [...], *wenn man entdeckt, dass andere Menschen das gleiche Problem haben* (z.B. in einer Selbsthilfegruppe).

Quelle: Nach Romme, M.; Escher, S. (2013): Stimmenhören verstehen. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 106–112. Die kursiv gesetzten Textteile einschließlich der Überschriften sind wörtliche Übernahmen.

Stimmenhören – ABC der Bewältigungsstrategien

Akzeptieren Sie, dass Sie Ihre Stimmen wirklich hören

Brechen Sie aus, hören Sie auf, Opfer Ihrer Stimmen zu sein

Checken Sie, ob Sie nicht andere Möglichkeiten zum Umgang mit Ihren Stimmen haben

Denken Sie über Bewältigungsstrategien nach, die gut zu Ihnen passen

Entwickeln Sie einen Dialog mit Ihren Stimmen

Führen Sie Tagebuch über das Stimmenhören

Gehen Sie in eine Selbsthilfegruppe (möglichst in eine für Stimmen hörende Menschen)

Helfen Sie anderen, indem Sie Ihre Erfahrung mit denen teilen

Identifizieren Sie die Erfahrungen Ihres Lebens, die Sie besser begreifen möchten

Ja sagen zu Aktivitäten, die nicht im Zusammenhang mit der Psychiatrie stehen

Konzentrieren Sie sich auf positive Anteile Ihrer Stimmen

Leben Sie Ihr Leben so, wie Sie es wollen, und nicht so, wie andere Sie haben wollen

Machen Sie in Ihrem Leben Platz für sich selbst

Nehmen Sie Ihre Stimmen an, akzeptieren Sie, dass sie zu Ihnen gehören

Organisieren Sie den Umgang mit Ihren Stimmen

Prüfen Sie die Aussagen Ihrer Stimmen

Quälen Sie sich nicht mit Riesenschritten, kleine Schritte sind angesagt

Resultate sollten belohnt werden

Schwächen wollen bearbeitet werden

Treffen Sie die für sich wichtigen Entscheidungen, überlassen Sie das nicht Ihren Stimmen

Üben Sie sich in Beharrlichkeit

Verhandeln Sie mit Ihren Stimmen

Wirkliche Siege müssen erkämpft werden, die kriegt man nicht geschenkt

Xperimentieren Sie mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien

Zappen Sie Ihre negativen Stimmen weg, indem Sie Kontrolle über sie entwickeln

Quelle: Coleman, R.; Smith, M. (2013): Stimmenhören verstehen und bewältigen. Psychosoziale Arbeitshilfe 14. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 46.

Internet

Eine vertiefte Form, sich mit den eigenen Stimmen auseinanderzusetzen, bietet der „Maastrichter Fragebogen“ von Marius Romme und Sandra Escher, der über den Psychiatrie-Verlag aus dem Internet heruntergeladen werden kann:

http://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/files/pv_book/442-Maastrichter_Fragebogen_01.pdf

Sehr empfehlenswert ist ebenfalls das dazugehörige Buch:

Romme, M.; Escher, S. (2013): Stimmenhören verstehen. 2. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Weitere nützliche Webadressen:

www.stimmenhoeren.de

www.efc-workshops.de/index.php



Alle reden von ADHS

Wir sprechen über die Folgen von Ritalin

Broschüre

„Eine Generation wird krankgeschrieben“

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka

Die Zahl der ADHS-Diagnosen ist drastisch gestiegen.
Ebenso die Behandlung mit dem Wirkstoff Methylphenidat (z.B. Ritalin).

- Die DGSP warnt vor vorschnellen Diagnosen und den möglichen Gefahren der Medikation.
- Die DGSP fordert eine unabhängige Erforschung der Langzeitwirkung.
- Die DGSP ermutigt Ärzte, Eltern und Lehrer, die Auffälligkeiten der jungen Patienten als Notruf zu verstehen.

Die 40-seitige Broschüre ist gegen eine Schutzgebühr
(1 Euro plus Versandkosten) erhältlich:
DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Tel.: 0221 511002
E-Mail: dgsp@netcologne.de
Download: www.dgsp-ev.de

Kapitel 6: Umgang mit neuen Krisen

Krisen gehören zum Leben und können jeden Menschen treffen. Man kann an ihnen wachsen oder auch verzweifeln. Nach einer Psychose reagieren die meisten Betroffenen jedoch noch lange Zeit empfindlicher auf Probleme, Anforderungen und Veränderungen im Leben als andere Menschen, wie z.B.:

- Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Partner, Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegen),
- anstehende Prüfungen, Jobsuche, Antritt einer neuen Arbeitsstelle, Verlust der Arbeitsstelle,
- Ortswechsel.

Daher ist ein achtsamer Umgang mit sich selbst sehr wichtig. Dies bedeutet jedoch nicht, sich allzu genau zu beobachten.

Krisen kündigen sich in der Regel an. Zu den allgemeinen Frühwarnzeichen einer Krise gehören:

- Schlaflosigkeit,
- vermehrtes Grübeln,
- sinkende Belastbarkeit,
- Konzentrationsprobleme,
- Probleme, Gesprächen folgen zu können,
- Gereiztheit,
- Reizoffenheit,
- zunehmende Interesselosigkeit,
- sozialer Rückzug,
- Unruhe,
- innere Anspannung,
- Probleme bei der Alltagsbewältigung,
- Antriebslosigkeit,
- Vernachlässigung der Körperpflege,
- zunehmende Lärmempfindlichkeit.

Darüber hinaus existieren noch sehr viele individuelle Frühwarnzeichen.

Die oben aufgeführten Symptome müssen nicht alle gleichzeitig auftreten. Umso mehr von ihnen jedoch vorhanden sind, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, auf eine Krise zuzusteuern. Daher sollten diese Warnsignale ernst genommen und auf gar keinen Fall ignoriert werden. Der beste Umgang mit einer

Krise liegt immer noch darin, diese im Vorfeld zu verhindern. Wichtig ist es daher, frühzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen, um eine erneute Psychose zu verhindern.

Allgemeine Gegenmaßnahmen:

- Gespräche (Vertrauensperson, Freunde, Therapeut, Arzt),
- Reduzierung der (Freizeit-)Aktivitäten und Belastungen, sich Ruhe gönnen,
- auf regelmäßigen Schlaf achten (immer zur gleichen Zeit zu Bett gehen und aufstehen),
- eventuell Einnahme eines Notfallmedikaments (leichtes Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel, z.B. auch Baldrian in höherer Dosis, bis ein ausreichender Schlaf wiederhergestellt ist),
- vorübergehende Erhöhung der Neuroleptika-Dosis,
- sich krankschreiben lassen,
- Urlaub einreichen.

Beispiele für individuelle Gegenmaßnahmen:

- mit einer vertrauten Person spazieren gehen,
- mit einem Freund chatten,
- Musik hören.

Die aufgeführten Gegenmaßnahmen sind Vorschläge. Jeder Mensch in einer Krise hat andere Bedürfnisse, und diese Bedürfnisse können sich im Laufe der Krise auch ändern. Für alle, die noch einer regelmäßigen Arbeit nachgehen, ist eine Krankmeldung in der Regel sinnvoll. Nicht nur, um die tägliche berufliche Belastung zu vermeiden, sondern auch, um den Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Gespräche sind sehr entlastend. Daher hilft es vielen Betroffenen in Krisenzeiten, anderen von ihren Sorgen und Nöten zu erzählen. Gespräche helfen, die eigene Situation zu reflektieren und Strategien zu finden, bestehende Belastungen zu reduzieren. Besonders hilfreich zur Unterstützung sind Menschen, die an einen glauben und von denen man Zuspruch bekommt. Nicht jeder hat das Glück, Freunde oder eine Vertrauensperson an seiner Seite zu haben. In diesem Fall können auch Selbsthilfegruppen, Psychose-Seminare und Internetforen für Betroffene Unterstützung bieten.

Im Rahmen der Reduzierung von Neuroleptika ist es wichtig, schon im Vorfeld mit dem behandelnden Arzt abzustimmen, um wie viel Milligramm die Medikamentendosis im Krisenfall selbstständig erhöht werden kann. Hilfreich ist auch,

wenn bereits ein Notfallmedikament zur Verfügung steht. Die Rückkehr zu einer höheren Dosis wird von vielen Betroffenen zu Unrecht als ein Versagen empfunden. Daher ist es häufig leichter, beim Auftreten ernsthafter Frühwarnzeichen (z.B. Schlaflosigkeit) und/oder ersten psychotischen Symptomen zunächst ein Notfallmedikament einzunehmen.

Beruhigungsmittel sind in Krisenzeiten sehr hilfreich, sollten aber weder zu lange noch zu leichtfertig eingenommen werden. Abgesehen von der Möglichkeit, abhängig zu werden, bergen sie die Gefahr, bestehende Probleme zu ignorieren bzw. zu verdrängen.

Krisen haben aber nicht nur eine negative Seite. Sie bieten auch die Möglichkeit, herauszufinden, welche Fehler beim Reduzieren der Medikamente gemacht wurden, und zu lernen, wie man es zukünftig besser macht. Sehr hilfreich ist es, Tagebuch zu führen, da man oft vergisst oder verdrängt, welche Belastungen der Krise vorausgingen. Ein Tagebuch bietet die Möglichkeit, noch einmal nachzulesen, was in den vorausgegangenen Wochen passiert ist und wann und nach welchen Situationen die ersten Symptome auftraten. Dieses Wissen lässt sich nutzen, um die nächste Krise zu verhindern.

Fehler, die Patientinnen und Patienten häufig machen

- Sie nehmen die Medikamente unregelmäßig ein.
- Sie setzen sich nicht ausführlich mit Informationen über das Reduzieren und Absetzen auseinander.
- Sie reduzieren zu schnell.
- Sie verzichten auf eine „Kontrollinstanz“, von der man ein Feedback über das eigene Verhalten bekommt.
- Sie ignorieren eine beginnende Krise – „es wird schon alles gut gehen“.
- Sie glauben, dass man nur durch die körperlichen „Entzugserscheinungen“ muss und danach das Schlimmste hinter sich hat.
- Sie versuchen, Absetzsymptome durch Alkohol oder Drogen zu lindern.

SEELISCHE GESUNDHEIT STIFTEN

Stiftung für Soziale Psychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. hat im Mai 2007 die **Stiftung für Soziale Psychiatrie** gegründet. Es handelt sich um eine Treuhandstiftung unter der **Stiftung »Gemeinsam Handeln – Paritätischer Stifterverbund in NRW«**.

Stiftungszweck ist die Förderung

- sozialpsychiatrisch orientierter Behandlung und Betreuung sowie
- der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Insbesondere gefördert werden sollen:

- Modellprojekte
- bürgerschaftliche Initiativen
- Forschungsarbeiten
- Veröffentlichungen
- Bildungsangebote
- Fachveranstaltungen

Nähere Informationen zur
Stiftung, über Zuwendungen und
Zustiftungen:

**Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie**

Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln

Tel.: 0221 511002

dgsp@netcologne.de

www.stiftung-sozialpsychiatrie.de

Zuwendungen an die
Stiftung können eingezahlt
werden auf das
Stiftungskonto:

Bank für Sozialwirtschaft, Köln
BIC BFSWDE33XXX
IBAN DE57370205000001347600

Bild: Michaela Lehnert



Kapitel 7: Die Situation der Angehörigen

Wahrscheinlich haben Sie Ihr Familienmitglied in schwierigen psychischen Verfassungen erlebt. Die Ankündigung einer Reduktion oder gar des Absetzens der verordneten Neuroleptika beunruhigt Sie und macht Ihnen Angst. Dies ist verständlich, denn die erlebten Situationen waren außergewöhnlich belastend. Zudem hatte man doch auch Ihnen als Angehörigem versichert, dass die regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente einem Rückfall vorbeugen könne. Und vermutlich betont, dass ein Absetzen oder Reduzieren der Medikamente die Gefahr einer erneuten psychotischen Krise provozieren würde.

Vielleicht haben Sie aber auch bemerkt, wie sich Ihr Familienmitglied im Laufe der Medikamenteneinnahme veränderte. Zuerst sind es vielleicht die körperlichen Veränderungen, wie eine Gewichtszunahme oder Bewegungsstörungen, gewesen, die Ihnen auffielen. Ärzte hatten Sie möglicherweise darauf vorbereitet, dass es zu den sogenannten Negativsymptomen wie Antriebslosigkeit und Depressionen kommen könnte. Aber es gibt noch viele weitere Auswirkungen der Neuroleptika, die sich bei jedem Menschen anders äußern können. Häufig werden diese Symptome ausschließlich der Erkrankung zugeordnet, dass aber auch die Medikamente die Verursacher sein können, sagt Ihnen meist niemand.

Vielleicht sind es sogar Sie als Angehörige, die die Möglichkeit einer Reduktion der Medikamente in Erwägung ziehen, da Sie erleben, wie groß der Leidensdruck ist und wie sehr die Nebenwirkungen Ihr Familienmitglied verändern. Vielleicht sind Sie aber auch erschrocken, wenn Sie von diesem Plan Kenntnis bekommen. Bedenken Sie: Sie haben Angst, dass Ihr Angehöriger in eine erneute Krise geraten könne, nicht aber, dass er die Medikamente reduziert oder absetzt. Wenn Sie sicher sein könnten, dass es nicht zu einer psychotischen Episode kommt, dann hätten Sie vermutlich nichts gegen ein Absetzen einzuwenden. Das heißt aber auch, dass Sie alles tun sollten, damit der Plan gelingt! Dazu ist Ihre mentale Unterstützung des Vorhabens sehr wichtig. Sie sollten Ihre Ängste und Befürchtungen im Gespräch mit Ihrem Angehörigen äußern. Wahrscheinlich werden Sie dann feststellen, dass auch Ihr Angehöriger die Reduktion oder das Absetzen der Medikation fürchtet. Gleichzeitig leidet er unter Nebenwirkungen, fühlt sich eingeschränkt und möchte sich wieder lebendiger fühlen.

Wie Sie an anderer Stelle in dieser Broschüre erfahren, ist eine Reduktion der Medikamente ohne Begleitmaßnahmen oft zum Scheitern verurteilt. Sie können

Ihren Angehörigen dabei unterstützen, diese Begleitmaßnahmen zu organisieren. Wenn ich wirksam entspannen will, muss ich eventuell ein Entspannungsverfahren lernen. Vielleicht ist es für Ihren Angehörigen hilfreich, wenn Sie dabei helfen, einen entsprechenden Kurs zu finden. Es gibt viele Möglichkeiten des Helfens im organisatorischen Bereich.

Wichtig ist auch die emotionale Unterstützung. Das Wissen, sich auf jemanden verlassen zu können, jederzeit um Hilfe bitten zu können, auch bei einem Scheitern aufgefangen und angenommen zu werden, wirkt ausgesprochen stabilisierend. Und vielleicht müssen Sie auch Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Reduktion ausräumen. All dies ist für die Angehörigen keine leichte Aufgabe. Sie sind bereits durch die Erkrankung mitbelastet – und nun noch ein vermutlich nicht einfacher Reduktionsprozess? Was jedoch wäre die Alternative, und was gäbe es andererseits zu gewinnen?

Kapitel 8: Erfahrungen beim Reduzieren und Absetzen

Der Psychose vorbeugen – ein Erfahrungsbericht

Regina Bellion

Es ist kaum zu glauben, aber die richterliche Einweisung in die Psychiatrie vor mehr als zwanzig Jahren hatte für mich einen Vorteil!

Jahrelang hatte ich mich nämlich vergeblich bemüht, meine Diagnose zu erfahren, nun bekam ich sie schriftlich: „Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis“ las ich. Nachdem ich wieder zu Hause war und keine Medikamente mehr einnahm, konnte ich wieder klar denken und besorgte mir Bücher über Schizophrenie. Da wurden Menschen wie ich in ihrem Alltagsverhalten beschrieben – mit Schwarz-Weiß-Denken, mit eingeschränkten sozialen Fähigkeiten, mit gesteigerter „Vulnerabilität“ und so weiter.

Da wusste ich also, worauf ich meine Aufmerksamkeit richten musste, was ich ändern sollte. Und eine Bekannte teilte aus eigener Erfahrung mit: Eine Psychose kommt nicht aus heiterem Himmel, sie kündigt sich an, es muss nicht immer bis zur Psychose kommen, du bist nicht blöd, du wirst das herausfinden. Diese Anregungen waren die entscheidende Hilfe für mich. Sie waren der Ausgangspunkt dafür, dass ich versuchte, einer Psychose vorzubeugen, mir selbst zu helfen.

Meine Vorsorgepunkte:

- Ich muss auf einen einigermaßen regelmäßigen Tag-Nacht-Rhythmus achten. Wenn ich den Tag verschlafe und nachts aktiv bin, falle ich leichter aus der Realität.

- Ich brauche einen halbwegs geregelten Tagesablauf. Das ist wie ein Gerüst, an dem ich mich festhalten kann. Hört sich spießig an, ist aber gut für mich.

- Tägliche regelmäßige Mahlzeiten sind von Vorteil, eine warme Mahlzeit am Tag sollte sein.

- Meine Körperhaltung und meine Atmung muss ich öfter am Tag kontrollieren. Wenn ich nämlich mit gesenktem Kopf und gebeugtem Rücken durch die Gegend laufe, brauche ich mich nicht zu wundern, wenn mir entsprechend bedrückende Gedanken kommen. Ich habe leider die Tendenz, flach zu atmen oder die Luft anzuhalten, ohne es recht zu merken. Das bringt mich nicht in einen lebensbejahenden Zustand. Also muss ich auf meine Atmung achten.

■ Es gab kurze Momente, in denen ich meinen Körper spürte. Da wurde mir klar, dass ich ihn jahrzehntelang nicht gespürt hatte. Folglich wusste ich nicht, ob ich fror oder Hunger hatte. Inzwischen kann ich dafür sorgen, dass ich meinen Körper spüre. Das musste ich lernen mithilfe guter Freundinnen und einer Krankengymnastin.

■ Ich muss mir darüber klar werden, was mir guttut, und für mein Wohlbefinden sorgen. Ein schwieriger Punkt – wusste ich doch immer, was von mir verlangt wird und was andere von mir wollen. Ich wusste aber nicht, was mir guttut. Deshalb kramte ich in meinen allerfrühesten Erinnerungen und durchsuchte sie nach Momenten, in denen ich mich wohlgefühlt hatte. Wenig förderte ich zutage, aber daraus ließ sich etwas machen: Es ging mir gut, wenn ich allein war, in der Wiese lag und den Hummeln zuhörte, in Gesellschaft von Tieren oder vor mich hin träumte.

■ Ich muss sinnvolle Beschäftigungen finden. Das kann alles sein, was ich interessant und wichtig finde. Es ist egal, was andere davon halten, es muss für mich sinnvoll sein.

■ In Stress- und Extremsituationen muss ich, statt mich in meine Schwierigkeiten zurückzuziehen, Umgang mit Menschen suchen, die mir wohlgesonnen sind. Ein heikles Thema, gerade in schwierigen Situationen ziehe ich mich zurück. Genau dagegen muss ich angehen und anderen schildern, wie es mir geht, sie um Rat bitten.

■ Silvano Arieti hat beschrieben, was er unter „Hörbereitschaft“ versteht. Er hat beobachtet, dass akustische Halluzinationen erst dann auftreten, wenn Hörbereitschaft besteht. Es gibt also eine Vorbereitungsphase auf dem Weg in die Symptome. Das bedeutet: Bevor ich Stimmen höre, Gestalten sehe, habe ich die Chance, einen anderen Weg einzuschlagen. Ich muss mich deshalb immer wieder wie von außen im Blick haben, mich kontrollieren. Hatte ich in letzter Zeit genügend Schlaf? Esse ich regelmäßig? Kreisen meine Gedanken nur um einen Punkt? Lasse ich meine Kontakte schleifen? Hat mein Handlungsspielraum sich verengt? Stricke ich an Beziehungsideen? Fühle ich mich beobachtet oder vom Rest der Menschheit getrennt? Bin ich auf dem Weg in die Hörbereitschaft?

■ Anscheinend konnte ich beizeiten kein zufriedenstellendes Selbstbewusstsein entwickeln. Also muss ich Zeit und Sorgfalt für mich aufbringen und mich selbst und meine Interessen wichtig nehmen. So bekomme ich eher das Gefühl, wertvoll und wichtig zu sein, als wenn ich irgendwelche Leistungen erbringe, derentwegen ich von anderen geschätzt werden möchte. Auf diesen Irrweg habe ich mich viel zu lange eingelassen.

- Wenn ich mich verliebe und in eine enge Beziehung hineinwage, muss ich sehr gut aufpassen, wie ich mich behandeln lasse. Denn in einer engen Beziehung laufe ich Gefahr, mich auf ähnliche Weise verletzen zu lassen, wie früher als Kind. Genau dann können bei mir leicht die Vorboten einer Psychose auftreten.
- Ich muss meine Gefühle, Ahnungen und Träume ernst nehmen. Je besser ich den Sinn meiner Träume, Tagträume, Halluzinationen verstehe, desto eher bin ich in der Lage, meine Angelegenheiten in der Realität zu behandeln, statt sie in den unbewussten Bereich zu verbannen, wo sie sich beim nächsten Anlass als psychotische Erlebnisse verselbstständigen können.
- Ich muss dafür sorgen, dass ich mit mir zufrieden bin, dass ich Freude am Leben habe und dass mein Leben sinnvoll ist. Das heißt: Ich muss mich mit mir selbst befassen, meine Ängste und Defizite kennen, meine Vorlieben, Wünsche und Absonderlichkeiten, all das, was ich früher nicht wahrhaben wollte, nicht wissen wollte, was aber zu mir gehört. Seitdem ich mir das zumute, viel Zeit darauf verwende, ist mein Leben nicht nur erträglich geworden, meist ist es richtig gut!

Neuroleptika absetzen – Erfahrungen in der Klinik

Martin Zinkler, Michael Waibel, Klaus Laupichler

Wer mit unserer Hilfe Neuroleptika absetzen möchte, ist in unserer Klinik willkommen. Wir vereinbaren zunächst einen ambulanten Termin, um Nutzen und Risiken der Neuroleptika abzuschätzen und um zu sehen, ob wir einen gemeinsamen Weg finden können. Uns interessieren bisherige Erfahrungen mit Neuroleptika, die aktuelle Dosierung, Erfahrungen mit geringeren und mit höheren Dosierungen, bisherige Erfahrungen beim Reduzieren und Absetzen. Wir möchten wissen, auf welche Unterstützung unsere Patienten zählen können (Familie, Freunde, Peers ...), inwieweit die Unterstützer in das gemeinsame Projekt Absetzen einbezogen werden können. Welche Risiken bringt das Absetzen mit sich, welche Möglichkeiten ergeben sich daraus? Gibt es einen Arzt oder eine Ambulanz vor Ort, die das Absetzen begleiten können. Gibt es terminliche Flexibilität bei den Begleitern, wenn Probleme auftreten? Wir entwickeln einen gemeinsamen Plan mit den ersten Reduzierschritten: Welches Medikament kommt zuerst dran (nur eines gleichzeitig verändern), um wie viel wird in welchem Intervall reduziert?

Zum Beispiel: Bei einer Tagesdosis von 6 mg Risperidon können wir uns darauf einigen, alle zwei Monate 1 mg zu reduzieren, dann ein halbes Jahr bei einer Tagesdosis von 3 mg bleiben, um dann den nächsten Schritt zu besprechen.

Wir vereinbaren, welche Untersuchungen beim Reduzieren oder Absetzen durchgeführt werden (Labordiagnostik und EKG, Medikamentenspiegel).

Nur dann, wenn ambulante Versuche vergeblich waren oder nicht durchgeführt werden konnten, kommt eine stationäre Behandlung infrage. Wir überlegen gemeinsam, was beim Reduzieren und Absetzen schiefgehen kann und welche Möglichkeiten es gibt, auf solche Schwierigkeiten zu reagieren. Wir klären, welche Elemente im Behandlungsplan das Absetzen fördern können, z.B. Peer-to-Peer-Beratung, tägliche Reflexionsgespräche, Stimmungstagebücher, Kunst-/Musiktherapie, Bewegung, Abstinenz von Drogen, Alkohol, Nikotin. Wenn bei stationären Behandlungen in der Vergangenheit Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden, dann machen wir eine Behandlungsvereinbarung. In Therapieversammlungen reflektieren wir mit unseren Patienten und ihren Unterstützern den bisherigen Verlauf der Behandlung und legen die nächsten Schritte fest. Oder wir überlegen, was wir aus einem vergeblichen Reduzier- oder Absetzversuch lernen können.

Einige Beispiele aus unserer Klinik

Die Angaben haben wir so allgemein gelassen, dass die Patienten aus den Beispielen nicht identifiziert werden können.

■ Frau A. kommt zu uns mit einer Tagesdosis von 25 mg Clozapin nach einigen vergeblichen ambulanten Versuchen, die Tagesdosis auf 12,5 mg zu reduzieren. Sie hatte ohne größere Probleme über drei Jahre von 400 mg Clozapin auf 25 mg reduziert; wir vereinbaren eine stationäre Aufnahme, um einen Reduktionsschritt auf 12,5 mg täglich zu begleiten. Im Therapieplan finden sich unter anderem zwei Arztgespräche pro Woche und täglich stattfindende pflegerische Reflexionsgespräche am Abend, um die auftretenden Veränderungen gemeinsam zu beobachten und zu verstehen. Bei Frau A. kommt es wenige Tage nach der Reduktion von 25 mg auf 12,5 mg zu einer erheblichen Verunsicherung und Angst. Sie entscheidet sich nach zwei Wochen, vorübergehend wieder täglich 50 mg Clozapin zu nehmen. Damit stabilisiert sich ihr Befinden; sie setzt die Behandlung ambulant fort und möchte in einem Jahr wieder ein Absetzversuch machen.

■ Frau B. nimmt drei Neuroleptika (3 mg Flupentixol, 400 mg Quetiapin und 160 mg Pipamperon), regelmäßig Lorazepam (2–4 mg täglich), Valproinsäure und Pregabalin, also sechs Psychopharmaka. Sie nimmt an einem ambulanten Psychotherapieprogramm teil. Das Vorgehen wird mit der Patientin und dem

Team der stationären Wiedereingliederungshilfe jeweils in Therapieversammlungen vereinbart. Begleitend zur ambulanten Behandlung werden erst Flupentixol und Quetiapin, dann Pipamperon, Pregabalin und Valproinsäure und schließlich Lorazepam in kleinen Schritten über den Zeitraum von einem Jahr ausgeschlichen. Das gelingt ohne größere Schwierigkeiten, ganz vereinzelt (wesentlich seltener als vorher) kommt es zu Selbstverletzungen und dissoziativen Zuständen. Stationäre Aufenthalte dauern anders als früher nicht mehr mehrere Wochen, sondern wenige Tage.

■ Frau C. nimmt fünf Psychopharmaka bei mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren, darunter zwei Neuroleptika. Wir bieten ihr eine langsame Reduktion an, zunächst im stationären Rahmen. Das wird vereinbart, aber nach einer Woche entscheidet die Patientin gemeinsam mit ihrer Betreuerin und ihrem ambulanten Psychiater, diesen Versuch abubrechen. Die Patientin möchte nach Hause, der ambulante Psychiater und die Betreuerin unterstützen das Anliegen der Patientin, sie möchten zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht reduzieren. Die Patientin wird deshalb entlassen mit dem Angebot, zu einem späteren Zeitpunkt wieder eine Reduktion zu versuchen.

■ Herr D. nimmt zwei Neuroleptika (Quetiapin und Aripiprazol gegen quälendes Stimmenhören) und regelmäßig Schlafmittel gegen Schlafstörungen bei mehrmaliger Traumatisierung. Er kommt wegen mangelnder Wirksamkeit dieser Medikation in stationäre Behandlung. Ein individuelles Krankheitsmodell und ein Behandlungsplan werden mit dem Patienten erarbeitet: Er kann erst von den Neuroleptika wegkommen und danach eine Expositionsbehandlung für die posttraumatische Belastungsstörung beginnen. Wir beginnen mit wöchentlichen Reduktionsschritten von 10 bis 15% der Dosierung, immer zwei Tage nach den Reduktionsschritten werden die Stimmen mehr und der Schlaf weniger, nach fünf Tagen ist das Befinden wieder wie vor dem jeweiligen Reduzierschritt. Nach zwei Monaten ist der Patient Neuroleptika-frei und nimmt keine Schlafmittel mehr – ohne Veränderung beim Stimmenhören und ohne Veränderung der Schlafstörungen, aber mit mehr Aktivität tagsüber, mehr Gefühlsäußerungen und mehr Kontakt zu seiner Familie und Freunden. Dann vermitteln wir ihn in eine spezielle Traumabehandlung. Wir berichten der Traumatherapeutin über den Verlauf der Behandlung und empfehlen trotz des Stimmenhörens, nicht wieder mit Neuroleptika zu beginnen.

„Es hat sich gelohnt, diesen Weg zu gehen“ – ein Absetzbericht

Bereits einen Monat nachdem ich mich entschlossen habe, Neuroleptika zu nehmen, ist meine Wohnung wieder wanzenfrei. Es gibt keine Mikrofone und auch keine Kameras mehr. Endlich fühle ich mich wieder sicher, aber die Medikamente machen mich sehr müde und ich brauche jeden Tag 12–14 Stunden Schlaf. Selbst mit zwei Weckern am Bett gelingt es mir kaum, morgens wach zu werden. Mein Mund ist ständig trocken und mein Blutdruck niedrig. Nach dem Aufstehen ist mir schwindlig und meine Beine fühlen sich an wie Wackelpudding. Den ganzen Tag über begleitet mich das Gefühl der Benommenheit. Ich habe zu nichts mehr Lust, kann mich nicht mehr auf meinen Job konzentrieren und hoffe jeden Tag inständig, dass die 8 Stunden im Büro bald vorbei sind. Manchmal habe ich Angst, dass ich den Aufgaben im Büro nicht mehr gewachsen bin. Ich bin total verunsichert, wenn es um das Lösen komplexer Aufgaben geht, etwas, was mir früher sehr leicht gefallen ist. Zu allem Überfluss bin ich nicht mehr in der Lage, mich gegen andere Menschen zu wehren, bin brav und gefügig wie ein Schaf. Innerlich fühle ich mich tot.

Im Internet finde ich den Beitrag einer Betroffenen, die die Spätschäden beschreibt, die die jahrelange Neuroleptika-Einnahme bei ihr ausgelöst haben. Ich bin entsetzt. Angst macht sich breit. Das Interview mit Robert Whitaker in der Zeitschrift „Street Spirit“, auf das sie verlinkt, gibt mir den Rest. Von nun an betrachte ich die Medikamente mit Skepsis und lese alles, was ich darüber finden kann. Schnell wird mir klar, dass die Medikamente für mich nicht mehr als eine Übergangslösung sein werden. Eine Bestellung der Bücher von Peter Lehmann, „Schöne neue Psychiatrie“ und „Psychopharmaka absetzen“, ist schnell aufgegeben, aber das Lesen fällt mir schwer und ich komme nur langsam voran. Ich leide unter den Nebenwirkungen und habe Angst, Spätschäden davonzutragen, aber auch Angst, noch einmal in einer Klinik zu landen. Eins ist klar: So möchte ich nicht weiterleben. Einen Großteil meiner Probleme schiebe ich auf die Einnahme der Medikamente, aber ich nehme sie trotzdem regelmäßig. Sie befreien mich von den grauenhaften Angstzuständen und sorgen für Ruhe in meinem Kopf. Meine Hoffnung ist, sie bald absetzen zu können und mich dann endlich besser zu fühlen.

Meinem Psychiater erzählte ich von meiner ständigen Benommenheit. Ich weiß, dass es sinnlos ist, mit ihm über ein Absetzen der Medikamente zu sprechen, und frage nach einer Dosis-Reduzierung, da ich inzwischen weiß, dass man Neuroleptika sowieso nicht von heute auf morgen absetzen darf. Mein Psychiater

stimmt zu, aber ich habe den Eindruck, dass er von dieser Entscheidung nicht wirklich überzeugt ist. Innerhalb von zwei Wochen reduziere ich die Dosis in zwei Schritten von 200 mg auf 150 mg. In den ersten Tagen habe ich Probleme beim Ein- und Durchschlafen. Einige Nebenwirkungen lassen nach, aber ich bekomme Sehstörungen und sehe manchmal alles leicht verschwommen. Straßenschilder kann ich nicht mehr lesen und Ampellichter nehme ich doppelt wahr. Eine augenärztliche Untersuchung bleibt ohne Befund.

Da ich das auslösende Ereignis meiner Psychose kenne, gelingt es mir schnell, ein eigenes Psychose-Verständnis zu entwickeln. In meiner knapp bemessenen Freizeit beschäftige ich mich mit Strategien, Neuroleptika erfolgreich abzusetzen. Zwei Monate später verhandle ich mit meinem Psychiater die letzte Dosis-Reduzierung um 50 mg. Von nun an entscheide ich allein, wann und um wie viel ich die Dosis bis auf null reduziere. Ich habe Glück, denn die Tabletten lassen sich sehr gut teilen, und ich reduziere wöchentlich nur noch um 12,5 mg, bis ich auf einer Dosis von 100 mg angekommen bin. Für mich ist klar, dass ich die Medikamente sehr langsam reduziere. Ich werde nur einen Versuch machen, und der muss erfolgreich sein.

Bereits kurze Zeit später kann ich endlich wieder lachen und habe auch wieder Lust an Unternehmungen. Tagsüber bin ich nicht mehr so müde. Zum ersten Mal seit langem habe ich das Gefühl, mich wieder selbst zu spüren. Meine Konzentrationsfähigkeit hat sich deutlich verbessert und die Arbeit im Büro fällt mir leichter.

Da ich Schlafstörungen bekomme, warte ich zwei Monate, bevor ich den nächsten Reduzierungsschritt wage. Mein Plan sieht vor, die Dosis alle zwei Wochen um 12,5 mg runter zu dosieren. Freunde, die mich bei meinem Absetzversuch unterstützen, teilen mir mit, dass ich einen sehr traurigen Eindruck auf sie mache. Kann ich eigentlich noch traurig sein? Ich habe den Eindruck, dass die Medikamente aus mir einen lieben, netten, angepassten, gleichgültigen Menschen gemacht haben. Ich weiß gar nicht mehr, wie es ist, traurig zu sein. Alles in allem geht es mir aber deutlich besser. Obwohl ich nur noch eine geringe Dosis nehme (75 mg), bin ich abends so müde, dass ich um 20 Uhr schlafen gehe. Die Schlafstörungen nehmen zu. Oft wache ich nachts auf, kann dann aber wieder einschlafen. Im Büro habe ich viel Arbeit und der damit verbundene Stress belastet mich so sehr, dass ich die Dosis wieder auf 100 mg erhöhe.

Sechs Wochen später starte ich einen neuen Versuch. Auch diesmal muss ich wieder kurzfristig zu der alten Dosis zurückkehren. Mehrere Déjà-vu-Erlebnisse, die Panikattacken auslösen, lassen mich an meiner psychischen Stabilität zweifeln. Angst macht sich breit, wieder abzustürzen. Jeden Tag sage ich mir, dass

die ganze Quälerei irgendwann ein Ende haben wird, aber es gibt Momente, in denen ich einfach nicht mehr kann. Jeden Tag kämpfe ich darum, im Beruf wieder so motiviert zu sein, wie ich es früher war, aber es will mir einfach nicht gelingen. Selbstzweifel machen sich breit. Es ist jetzt genau ein Jahr her, dass ich aus der Klinik entlassen wurde. Wann wird alles endlich wieder so sein wie früher? Ist mein Leben jetzt ruiniert? Schaffe ich es nie mehr, wieder die Alte zu sein? Wie lange brauche ich noch? Mir geht langsam die Luft aus. Allein der Gedanke, nicht mehr so wie früher zu werden, macht mir Angst. Dann kann ich meinen Job vergessen.

Zudem quälen mich oft Erinnerungen an die Zeit der Psychose. Es gibt immer mehr Einzelheiten, an die ich mich erinnern kann, und die Gefühle, die dadurch ausgelöst werden, sind kaum zu ertragen. Es ist mir zutiefst peinlich, was ich gedacht, gesagt und getan habe. Immer mehr Erinnerungen kommen zutage. Manchmal ist mir so, als müsse ich durch die ganze Psychose noch einmal durch. Diesmal aber mit Abstand und dem Wissen: es ist Vergangenheit.

Meine Schlafstörungen verstärken sich weiter. Mitten in der Nacht wache ich auf und kann nicht mehr einschlafen. Am nächsten Morgen fühle ich mich völlig gerädert. Am Abend darauf nehme ich 1 mg Tavor und kann endlich wieder schlafen. Darüber hinaus friere ich häufig, leide unter morgendlicher Übelkeit, Gefühlsausbrüchen und Stimmungsschwankungen. Mein Gefühlsleben wieder selber zu regulieren, wird zu meiner größten Herausforderung.

Erst nach zwei Monaten und mehreren Versuchen gelingt es mir, die Dosis dauerhaft auf 75 mg zu reduzieren, aber die Schlafprobleme werden zu meinem ständigen Begleiter. Oft kommen die Schlafstörungen direkt nach einer Reduktion, manchmal aber auch mit einer Verzögerung von einer Woche. Häufig hilft mir dann eine Tavor, und wenn die Probleme einen Tag später noch immer bestehen, erhöhe ich die Neuroleptika-Dosis wieder. Oft auch nicht aus persönlicher Überzeugung, sondern weil meine Freunde es schaffen, mich von der Notwendigkeit zu überzeugen. Die Möglichkeit, dass es sich bei den Schlafproblemen lediglich um ein Absetzsymptom handelt, lässt mich weiterhin auf ein Leben ohne Psychopharmaka hoffen.

Ein Unfall kommt mir zu Hilfe und ich werde für vier Wochen krankgeschrieben. Endlich kann ich mich ausruhen und stehe auch nicht mehr unter dem Druck, morgens halbwegs ausgeschlafen im Büro zu erscheinen. Innerhalb weniger Tage geht es mir wieder sehr gut. Ich kann 8–10 Stunden durchschlafen und drei Wochen später reduziere ich erfolgreich die Neuroleptika auf 62,5 mg. Endlich habe ich auch wieder Spaß am Leben. Auch der nächste Reduzierungsschritt gelingt, aber mein Gefühlsleben ist in Aufruhr. Oft quält mich eine innere Unruhe.

Manchmal fühle ich mich völlig benommen. Hin und wieder nehme ich eine Tavor, aber nie mehr als eine pro Woche. Eine Zeit lang habe ich Koordinationsprobleme in den Beinen und muss mich auf das Gehen konzentrieren, damit ich nicht über meine eigenen Beine falle. Meinem Psychiater erzähle ich von diesen Problemen nichts.

Es folgt eine kurze Zeit der völligen Ausgeglichenheit und inneren Ruhe, bis mich Erinnerungen an die Psychose und traumatische Kindheitserinnerungen wieder einholen und mein Innenleben völlig durcheinanderbringen. Aber auch diese Phase geht vorbei. Kontinuierlich reduziere ich weiterhin jeden Monat die Dosis um 12,5 mg und dann ist es endlich so weit: ich nehme die letzte Dosis!

Doch jetzt fangen die Probleme erst richtig an! Zwei Wochen später verspüre ich einen unglaublichen innerlichen Schmerz, der mich regelrecht zerreißt. Ich habe solch große Angst vor Ärzten, dass meine Beine zittern, als ich die Praxis meines Therapeuten betrete. Das Gespräch mit ihm hilft mir nicht, und als er mir den Vorschlag macht, wieder ein Medikament zu nehmen, verlasse ich nach der Sitzung enttäuscht die Praxis. Einige Tage später holen mich die Erinnerungen an die traumatischen Umstände meiner Krankenhauseinweisung mit einer derartigen Wucht wieder ein, dass ich psychotisch werde. Ich bin fest davon überzeugt, dass man mir damals im Krankenwagen sagte, ich würde für immer krank sein, wenn ich die Medikamente nicht mein Leben lang nähme. Ein Gespräch mit einer guten Freundin und eine Tavor helfen mir durch diese Krise, und wenige Tage später kann ich akzeptieren, dass ich eine kurze psychotische Episode hatte. Wieder macht sich Angst breit. Angst vor einer erneuten Psychose. Angst, wieder eingewiesen zu werden. Angst, wieder Medikamente nehmen zu müssen. Angst, mein Leben doch nicht mehr in den Griff zu bekommen.

Ich schaffe es, mich halbwegs zu stabilisieren, aber die Erinnerungen an die traumatischen Klinik-Erfahrungen bestimmen mein Leben. Oft sind die Erinnerungen so heftig, dass ich nicht mehr weiß, wo ich bin – zu Hause oder in der Klinik. Ich höre Polizeisirenen, obwohl das gar nicht möglich sein kann. In mir keimt der Verdacht auf, dass Neuroleptika die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen verhindern. Meine Freunde werfen mir vor, gefühllos und gleichgültig geworden zu sein. Es ist mir nicht mehr möglich, mich anderen Menschen mitzuteilen, und ich ziehe mich immer mehr zurück. Ich bin schreckhaft und extrem stressempfindlich.

Es dauert Monate, bis ich aus dieser Phase herauskomme. Langsam, aber sicher gewinne ich mein altes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zurück. In den folgenden Jahren kommt es zu weiteren kurzen psychotischen Episoden. Zusam-

men mit meinem Mann, Freunden und meinem Therapeuten gelingt es mir, diese Phasen ohne Medikamente durchzustehen. Mit der Zeit lerne ich zu verstehen, welche Situationen mich ver-rückt machen, und mit solchen Situationen anders umzugehen.

Es hat sich gelohnt, diesen Weg zu gehen. Inzwischen ist mein Leben besser als vor der Psychose, was ich sicherlich vor allen Dingen meiner Therapie verdanke. Privat ist alles in Ordnung. Mein Job bereitet mir wieder große Freude und ich bin so motiviert und gut wie früher. Emotional bin ich ausgeglichen. Freizeitaktivitäten machen mir wieder Spaß. Einen Grund, noch einmal psychotisch zu werden, habe ich nicht mehr.

Kapitel 9: Reduzieren und Absetzen in besonderen Situationen

Neuroleptika reduzieren im psychiatrischen Wohnheim

Die Aufnahme als Verlegung

Die Problematik der Medikamentenreduktion im Wohnheim beginnt schon weit vor der Aufnahme. Gehen wir von der Konstellation der Aufnahme als Verlegung aus dem psychiatrischen Krankenhaus aus, dann sind die Umstände vor dem Wechsel ins Heim bereits von Bedeutung. Die Tatsache, dass eine Heimunterbringung ansteht, lässt darauf schließen, dass es sich bei dem künftigen Bewohner um einen Menschen mit intensivem Hilfebedarf und einer „chronisch“ verlaufenden Erkrankung handelt. Heute spricht man besser von „verzögertem Recovery“, denn wir wissen aus der Langzeitforschung von Luc Ciompi, dass sogar 19% der untersuchten Menschen mit der schlechtesten Prognose langfristig eine vollständige Genesung erlebten. Aufgrund der schweren Symptomatik wird oft Polypharmazie als Lösung favorisiert.

Es ist kaum zu erklären, warum Polypharmazie so schwer zu verändern ist. Nicht die Monotherapie, nicht die Doppel- oder Dreifachkombination – es sind die Vierfach- oder Fünffachkombinationen unterschiedlichster Psychopharmaka, die nach wie vor bei Heimaufnahmen üblich sind. Gleichzeitig fordern solche Tatsachen von den Weiterbetreuenden und -behandelnden, sich nicht mit den Medikamentenverordnungen der Klinik abzufinden. Schließlich sind die Risiken und Nebenwirkungen von Dauerbehandlungen für die Betroffenen nicht zu bagatellisieren. Gehen wir ruhig realistisch von fünf Präparaten aus, wovon nicht selten drei Neuroleptika, ein Tranquilizer und ein Phasenprophylaktikum sind. Möglicherweise ergänzt durch ein Anticholinergikum (Akineton) und gegebenenfalls diverse internistische Präparate. Die Gefahr für vielfältigste Interaktionen (unerwünschte Wechselwirkungen der Medikamente untereinander) wächst massiv.

Der Wert von Informationen

Es ist wichtig, dass ausreichend Informationen über die Klinikaufenthalte und über die Zeit nach einer Klinikbehandlung in dem Heim vorliegen. Was jedoch häufig nicht aus den Unterlagen hervorgeht: Seit wann werden die verordneten Substanzen in welcher Dosierung gegeben? Wann erfolgte die letzte Umstel-

lung? Wann die letzte Dosis-Erhöhung? Es ist beispielsweise von großer Bedeutung, ob noch wenige Tage vor der Verlegung ein neues Präparat (meist als Ergänzung und nicht als Ersatz) zusätzlich verordnet wurde. Leider wird dies nicht selten praktiziert. Häufig erfahren wir wenig über bisher aufgetretene Nebenwirkungen oder Interaktionen. Neben den pharmakologischen Fragen sind für den künftigen Bewohner Aspekte der Einstellung und der Haltung dem künftigen Wohnen im Heim gegenüber von ähnlich großer Bedeutung. Was für die verordneten Medikamente gilt (will der Betreffende die Medikamente, erlebt er sie als Hilfe, inwieweit wurde er genötigt, wie ist es um die Güterabwägung zwischen Vor- und Nachteilen bestellt?), gilt auch für die Verlegung ins Heim. Inwieweit konnte sich der Patient entscheiden? Hat ein Probewohnen stattgefunden? Wie viel Druck wurde ausgeübt? Wie „alternativlos“ ist die Aufnahme?

(Aktives) Abwarten als Bürgerpflicht

Nicht selten verbinden Patientinnen und Patienten die Begegnung mit einem neuen Arzt mit der Formulierung von Bedürfnissen, die sich auf die Medikamente beziehen. Dies kann (häufig) in Richtung Reduzieren oder Absetzen, aber auch (selten) in Richtung Erhöhen der Dosis gehen. Hier gilt es, zunächst einmal von der Einengung auf die Medikation wegzukommen. Keine Maßnahme ohne die Erhebung einer gründlichen Anamnese! Erst wenn die Lebens- und Behandlungsgeschichte einigermaßen erkennbar wird, lässt sich die Komplexität der Medikamentenfrage beurteilen. Das heißt zunächst, die Hoffnungen und Erwartungen auf eine schnelle Veränderung der Medikation zu enttäuschen und einen Aufschub zu vereinbaren. Bei großem Druck sollte miteinander eine konkrete Frist mitgeteilt werden („Ich muss Sie erst einmal so gut wie möglich kennenlernen; eine Änderung der Medikation erscheint mir erst nach sechs oder acht Wochen sinnvoll“). Entsprechend ist das Einleben in der Einrichtung abzuwarten. Zudem ist das Verhalten auch in Hinblick auf die Wirkung der Medikamente zu würdigen. Wie steht es mit Störungen im Sozialverhalten, mit aggressiven Impulsen, mit Rückzug, Isolierung, Depressivität oder Aktionismus und gesteigertem Antrieb? Gibt es Hinweise auf produktive Symptome? Es braucht kompetente Einschätzungen, um mit dem Betroffenen sein subjektives Erleben diskutieren zu können.

Womit anfangen?

Mit dem „Ankommen“ in der Einrichtung stellt sich (bei entsprechenden Wünschen des Bewohners oder einer problematischen Klinikverordnung) die Frage nach der Auswahl des zu reduzierenden Präparates. Dabei ist die Grundregel zu

beachten: Nie zwei Veränderungen auf einmal! Zwei Maßnahmen sind immer mit zeitlichem Abstand durchzuführen, um sie eindeutig beurteilen zu können. Es empfiehlt sich grundsätzlich, den Patienten um seine Meinung zu dem infrage kommenden Präparat und um einen Vorschlag zu bitten. Meist ist es leichter, zunächst eins von den drei Neuroleptika zu reduzieren, als zuerst den Tranquilizer. Beim Tranquilizer sollte berücksichtigt werden, dass hier die Reduktion oft besonders langwierig verläuft (insbesondere die letzten Milligramm können schwierig werden). Grundsätzlich ist Geduld angezeigt. Mögliche Reaktionen sollten vorher angesprochen werden. Hier kann es sich um Zeichen eines Entzugs handeln (Unruhe, Herzklopfen, Schwitzen) oder aber auch um das Wiederauftreten psychotischer Symptome (z.B. Stimmenhören). Diese sind manchmal vorübergehend, manchmal bleiben sie, manchmal nehmen sie auch weiter zu, sodass die Reduktion rückgängig gemacht werden muss. Die Dosierungsschritte sollten immer eine Dimension kleiner ausfallen als spontan gedacht. Viele zunächst gescheiterte Reduzierungen erwiesen sich auf Dauer erfolgreich, wenn in kleineren Schritten vorgegangen wurde, bei Clozapin zum Beispiel die berühmten 12,5-mg-Schritte, bei Risperidon nicht schneller als mit 0,5-mg-Schritten.

Bei der Erörterung möglicher Veränderungen (Aufklärung) geht es nicht nur um den Patienten. Gerade im Heim sind die MitarbeiterInnen in dieser Phase intensiv einzubeziehen. Es dauert manchmal lange, bis MitarbeiterInnen eines Heims ihre Identität auch darin sehen, BewohnerInnen beim Reduzieren der Medikation zu unterstützen. Im Einzelfall kann es gelingen, die kompetente Reduktionspraxis zu einem Bestandteil der eigenen Qualifikation zu machen. Dabei ist eine gewisse Unbefangenheit manchmal sogar von Vorteil. Pflegekräfte, SozialpädagogInnen oder ErzieherInnen ohne klinische Erfahrung, denen im Rahmen ihrer Ausbildung nur ein paar Stunden Psychiatrie vermittelt wurden, tun sich besonders schwer damit, Medikamente realistisch einzuschätzen. Entsprechend wird die Wirkung der Medikamente überschätzt, geradezu idealisiert, sogar als zwingende Voraussetzung für die Aufnahme ins Heim deklariert und im Falle der Verweigerung mit Sanktionen belegt.

Angst abbauen durch Einbeziehung

Der manchmal krasse Widerspruch zur Wirklichkeit lässt vermuten, dass dahinter eine große Angst steht, die Angst vor der Unberechenbarkeit psychisch Kranker. Das Ausmaß an Fantasien und Horrorszenarien ist umso größer, je weniger praktische Erfahrungen aus der Akutpsychiatrie vorhanden sind. Insofern besteht die zentrale Aufgabe des Arztes darin, Ängste ernst zu nehmen, zu einer Versachli-

chung beizutragen – zu entstigmatisieren. Sollte das Heim keine Reduktionserfahrungen haben, ist hier in besonderer Weise Rücksicht zu nehmen. Wenn der erste Reduktionsversuch in einer Zwangsunterbringung endet, dann wird es Monate dauern, bis man die Bereitschaft für einen weiteren Versuch erreicht. Die entsprechenden Erörterungen über mögliche Reaktionen sollten immer mit dem Patienten gemeinsam erfolgen. Wenn möglich, empfiehlt es sich, auch Angehörige einzubeziehen. Auch hier sind gegensätzliche Reaktionen möglich: Die einen unterstützen jegliche Reduktion, manchmal in unrealistischer Naivität („Die Medikamente machen krank!“), andere reagieren mit panischer Angst. Wesentlicher Punkt bleibt es, die anstehenden Entscheidungen möglichst gemeinsam mit dem Patienten, den Angehörigen und Mitarbeitern zu treffen.

Aus Erfahrung ist damit zu rechnen, dass die Reaktionen unter den MitarbeiterInnen unterschiedlich ausfallen. So werden Verhaltensänderungen von einigen Mitarbeitern als Symptome bewertet, die ein Stoppen der Reduktion erfordern, während andere dieselbe Verhaltensweise als Ausdruck von mehr Spontaneität, Normalität usw. verstehen. Solche Unterschiede wertzuschätzen und verstehend aufzunehmen, sie als Zeichen von Reife offen zu kommunizieren, ist die hohe Schule des Heimpsychiaters. Es geht in solchen Situationen nicht darum, als Fachmann recht zu behalten. Das viel größere, weil nur langfristig wirksame Ziel ist die Einbindung der Mitarbeiter in die schwierige Aufgabe der Medikamentenreduzierung.

Qualifizierte Zusammenarbeit

Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Berufe und Qualifikationen im Heim macht es nicht selbstverständlich, dass die Grundlage einer qualifizierten Medikamentenbehandlung, zu der insbesondere die qualifizierte Reduktion gehört, von gegenseitigem Respekt geprägt ist. Für den im Heim tätigen Psychiater/Hausarzt ist die häufig ausgeprägt ideologische Einstellung gegenüber Medikamenten schwer zu handhaben. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich dabei um überhöhte Erwartungen. Das Gegenteil, eine antipsychiatrische Grundhaltung, die die Medikation als Teil einer Unterdrückungsmaschinerie ansieht, kommt auch vor. Gelingt es, als Fachmann oder Fachfrau in Sachen Medikation anerkannt zu werden, empfiehlt es sich, den Eindruck durch Bescheidenheit zu sichern. Wohlgemerkt: Die meisten Patienten sind deshalb im Heim, weil die Medikation eben das nicht leistet, was uns Wissenschaft und Werbung versprechen.

Eine tragfähige Beziehung, Zeit und die Möglichkeit, Maßnahmen mit Geduld

und kleinen (manchmal sehr kleinen) Schritten durchzuführen, sind die Basis der Zusammenarbeit bei der Reduktion. Der „Taubenschlag“ der Akutstation lässt kontinuierliche Beziehungen oft nicht zu. Im Heim besteht die Chance, auf der Grundlage des Wissens um die Lebensgeschichte einen engeren Kontakt herzustellen. Erleichtert wird dies oft durch die Bezugsbetreuung. In der Medikamentenfrage kann die Bedeutung der Beziehung für die Qualität der Beobachtung kaum überschätzt werden. Das längere Miteinander, die tätige Gemeinschaft, die Nähe und die Zeit sind wichtig, um die Risiken der Reduktion frühzeitig zu erkennen und in die gemeinsame Erörterung einzubringen. Hierzu gehört auch das Selbstbewusstsein gegenüber dem Arzt, über „unwichtige“ Dinge zu sprechen, sie wichtig zu nehmen. Auch die oben angesprochenen unterschiedlichen Bewertungen können, wenn sie offen und bewusst gehandhabt werden, zu einem Qualitätsstandard werden. Dies setzt aber immer voraus, dass die Atmosphäre insgesamt vielstimmig und auf ernsthafte Verständigung hin ausgerichtet ist, und dies gegenüber allen Beteiligten, auch dem Patienten!

Wissen und Erfahrungen

Zur Qualität der Arbeit gehört auch ein Grundwissen über medikamentöse Nebenwirkungen, insbesondere ihre Langzeitschäden. Dazu gehört ebenfalls, sich über die wesentlichen Grundzüge der rechtlichen Situation Klarheit zu verschaffen (z.B. die Rolle der rechtlichen Betreuer bei der Medikamentenverordnung im Hinblick auf die Aufklärung und Einwilligungspflicht). Gerade in letzter Zeit sind Veränderungen im Betreuungsrecht auch für die Arbeit im Heim von konkreter praktischer Bedeutung. So bestehen nach wie vor weitverbreitete Illusionen über die Möglichkeit der Zwangsmedikation, ob durch Androhung von Sanktionen im Heim selbst oder im Zusammenhang mit einer BtG-Unterbringung in der geschlossenen Abteilung des Versorgungskrankenhauses.

Von besonderer Bedeutung erscheint uns die Verstärkung positiver Erfahrungen. Wenn es gelingt, einen Patienten ohne Rückfall oder Symptomverstärkung von den Medikamenten zu befreien oder diese wesentlich zu reduzieren, dann kann dies durchaus Grundlage für einen professionellen Stolz und für eine Identität als Helfer sein. Hier lohnt es sich, die Dankbarkeit von Patienten auch einmal behutsam anzufragen. Man sollte mit der entsprechenden Bewertung jedoch nicht zu früh beginnen. Eine spätere Krise könnte peinlich werden, wenn zuvor ihre Überwindung verkündet wurde. Im Gegenteil: mit Krisen leben zu lernen, die Symptomverstärkung nicht als Katastrophe, sondern als kalkulierbares Risiko mit vorübergehendem Charakter anzusehen, das sind wesentliche Lernziele für die gemeinsamen Anstrengungen im Heim.

Gemeinsame Verantwortung

Ganz besonders wichtig ist es aber, wenn tatsächlich eine ernsthafte Krise zum Handeln zwingt, die Kolleginnen und Kollegen im Heim nicht sich selbst zu überlassen. Die prompte Hilfe bei Zwischenfällen, insbesondere die direkte Kontaktaufnahme mit der Klinik, die Organisation der Unterbringungsmaßnahme etc. sind dann Grundlage der Vertrauensbildung. Den Rückfall als selbstverständlichen Teil der Entwicklung einer konstruktiv-kritischen Haltung gegenüber den Psychopharmaka zu akzeptieren, ist das Ziel. Es ist keine leichte Arbeit. Ein Heim bietet jedoch einen Raum, Erfahrungen zu sammeln, die in der Klinik heute nur noch in Ausnahmen möglich sind. Langzeitverläufe psychischer Erkrankungen mit schwer vorhersagbaren Entwicklungen, mit massiven medikamentösen Beeinträchtigungen, die man erst erkennt, wenn das Präparat endlich abgesetzt ist, mit stabilen Rahmenbedingungen, meist auch einem weniger belastenden Umfeld, das grundsätzlich einen Teil der medikamentösen Reizabschirmung als überflüssig erscheinen lässt, die Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten, die sich insbesondere auf geduldiges, nicht zu schnell aufgeben-des Verhalten bezieht – all dies motiviert dazu, das psychiatrische Wohnheim als Ort anzusehen, der die Reduktion von Psychopharmaka auf das notwendige und sinnvolle Maß geboten erscheinen lässt.

Neuroleptika reduzieren bei Demenz/in Seniorenheimen

Bernd Meißnest

Die Besonderheit der Situation

An Demenz erkrankte Personen, die nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, sondern in einem Alten- und Pflegeheim oder ähnlichen Institutionen, sind in der Regel nicht auf eigenen Wunsch dorthin gezogen. 95% aller Bundesbürger wollen in ihren eigenen vier Wänden, in ihrem bekannten Zuhause und Viertel alt werden. Dies vor allem auch dann, wenn zunehmende psychische und physische Einschränkungen entstehen. Der Wohnortwechsel zu einem Alten- und Pflegeheim hat meist den Grund, dass die Versorgung und Betreuung zu Hause an Grenzen gestoßen sind. Das Auftreten besonderer Verhaltensweisen bei demenzerkrankten Menschen, wie z.B. Unruhe, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, Rufen, überforderte das bisherige Hilfesystem. Mit dem Umzug an den neuen Ort kommen zu den bisherigen Auffälligkeiten neue hinzu. Die Betroffenen kennen die Umgebung nicht, begegnen Menschen, die ihnen nicht vertraut sind, müssen

sich an neue Strukturen anpassen und möglicherweise ihre alten, lieb gewonnenen Gewohnheiten und Bedürfnisse hintanstellen. „Plötzlich“ wird von den Betroffenen erwartet, dass sie mit Menschen zusammenleben sollen, mit denen sie nie zusammenleben wollten. Von ihnen wird erwartet, dass sie sich schnell an diese Veränderungen gewöhnen, sich freundlich akzeptierend darauf einlassen und entsprechend verhalten. In der Regel sind mit der Demenzerkrankung schon über längere Zeit Symptome entstanden, die zu einer Neuroleptika-Gabe führten. Tritt eine Symptomverstärkung, vermehrte Unruhe, vermehrtes Hin- und Herlaufen auf und können sich die Betroffenen an die neue Umgebung nicht ausreichend anpassen, so findet in der Regel eine Erhöhung der Neuroleptika-Gabe in der Dosis und in der Anzahl statt. War der Grund für den Wohnortwechsel die Symptomverstärkung, so wird im Alten- und Pflegeheim häufig erwartet, dass die zum Umzug führenden Symptome nicht mehr auftreten.

Neuroleptika-Einsatz bei demenzerkrankten Menschen

Neuroleptika werden häufig zur Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz angewandt. Verhaltensauffälligkeiten sind bei Demenzerkrankten sehr häufig (80 bis 90%). Weitere häufige Symptome sind: Agitiertheit/Aggression (40%) und Reizbarkeit (27%) (DGPPN/DGN-S3-Leitlinie Demenzen 2009). Neuroleptika der zweiten Generation (Atypika) werden aufgrund ihrer vermeintlich besseren Verträglichkeit und des scheinbar geringeren Risikos für extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen bei Auftreten dieser Verhaltenssymptome verordnet. Bereits im November 2002 wurde auf die erhöhte Gefahr zerebrovaskulärer Ereignisse (Durchblutungsstörungen des Gehirns), unter anderem unter Risperidon, aufmerksam gemacht. Entsprechende Rote-Hand-Briefe (= Informationsschreiben über Arzneimittelsrisiken) der Hersteller sind veröffentlicht. Auch für andere Neuroleptika ist mittlerweile eine erhöhte Sterblichkeit bei Demenzkranken nachgewiesen. Todesursachen sind überwiegend Herzerkrankungen oder Infektionen. Für alle Neuroleptika außer Risperidon gilt, dass für die Anwendung bei Demenzerkrankten eine Zulassung fehlt (Off-Label-Use). Nachgewiesen ist, dass eine kurzfristige (3 bis 24 Wochen) Anwendung wirksam ist, allerdings eine langfristige Verordnung keinen eindeutigen Wirknachweis oder Vorteil in Hinblick auf die Symptomatik liefert. Nachgewiesen ist auch, dass das abrupte Absetzen der Neuroleptika oder das ausschleichende Absetzen bei Demenzkranken keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Rückfallrisikos zeigen. Deshalb sollten grundsätzlich regelmäßige Indikationsprüfungen und Absetzversuche durchgeführt werden. Die kumulative Überlebenswahrscheinlichkeit bei Demenzerkrankten, die eine Neuroleptika-Medikation erhalten, ist nach-

weislich geringer und weist ausdrücklich auf das erhöhte Mortalitätsrisiko in der Langzeitbehandlung Demenzerkrankter mit Neuroleptika hin.

Die körperliche Konstitution der demenzerkrankten Menschen

Der demenzerkrankte Mensch hat häufig auch diverse körperliche Erkrankungen, die medikamentös behandelt werden. Diese Multimorbidität führt oft zu einer zu erwartenden Polypharmazie mit daraus folgenden Problemen. Die Verordnung mehrerer Wirkstoffe muss als problematisch angesehen werden (McElnay/McCallion 1998). Es entstehen unübersehbare Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, die in der Konsequenz wiederum einen weiteren Medikamenteneinsatz bewirken, um diese Nebenwirkungen (z.B. Unruhe, Agitiertheit) zu dämpfen. Demenzerkrankte Menschen haben zudem eine „frailty“ (engl. für Gebrechlichkeit). Diese erhöhte Vulnerabilität ergibt sich aus der reduzierten Muskelmasse, neurologischen oder kognitiven Defiziten und Veränderungen im Stoffwechsel. Die Polypharmazie, im Speziellen die der Neuroleptika, erhöht das Risiko zusätzlicher Symptome wie Immobilität, Stürze, Inkontinenz, akute Verwirrtheit (Horan 1998). Die zum Teil vorhandenen wissenschaftlichen Beobachtungsstudien bei Neuroleptika bilden insofern die Realität der späteren Medikationspraxis nicht ab.

Die Situation der Neuroleptika-Verordnung bei demenzerkrankten Menschen im Alten- und Pflegeheim

Aufgrund der Multimorbidität besteht sehr häufig eine Polypharmazie diverser unterschiedlicher Medikamente. Verordner sind oftmals unterschiedliche Ärzte. Eine interdisziplinäre Abstimmung der Verordnungspraxis und der Überwachung von Wirkungen und Nebenwirkungen fehlen in der Regel. Gleichzeitig bestehen innerhalb eines Arbeiterteams unterschiedliche fachliche Kenntnisse bezüglich der Pharmakotherapie und im Speziellen der Wahrnehmung von unerwünschten Nebenwirkungen oder Interaktionen. Abstimmungen zwischen den Verordnern, den Angehörigen, den Mitarbeitenden in einer verbindlichen festen Struktur sind sehr selten. Der Betroffene selbst kann sich aufgrund seiner fortgeschrittenen psychischen Erkrankung aktiv an dem Prozess nicht mehr beteiligen und ist auf die subjektive Wahrnehmung der Wirkung und Nebenwirkung der medikamentösen Therapie von außen angewiesen. Gerade bei herausforderndem Verhalten demenzerkrankter Menschen ist entscheidend, welche Möglichkeiten den Mitarbeitenden des Heimes außer einer medikamentösen Therapie noch zur Verfügung stehen. Nicht-medikamentöse Therapien (Ergotherapie, Physiotherapie, milieu- und tagesstrukturierende Elemente etc.) sind zeit- und personalintensiv sowie abhängig von der konzeptionellen Ausrichtung einer Institution. Kennt-

nisse über die Chancen und Risiken einer neuroleptischen Behandlung sind bei Verordnern sowie Mitarbeitenden entscheidend. So gibt es bekanntermaßen bei Verhaltensauffälligkeiten wie Schreien, Hin- und Herlaufen etc. keine neuroleptische Wirkung. Der Einsatz der Neuroleptika, aber auch anderer Psychopharmaka ist lediglich ein Versuch, diese Verhaltensauffälligkeiten „irgendwie“ zu minimieren bei der Inkaufnahme zusätzlich auftretender unangenehmer Nebenwirkungen, wie z.B. erhöhter Sturzgefahr und Schluckstörungen.

Die Rolle des Fürsprechers bei demenzerkrankten Menschen in Alten- und Pflegeheimen

Der demenzerkrankte Mensch hat seine Geschäfts- und Entscheidungsfreiheit in der Regel verloren und sie im Rahmen einer Vorsorgevollmacht oder Betreuung auf einen nahen Angehörigen oder Berufsbetreuer übertragen. Diese „Fürsprecher“ sind im Alten- und Pflegeheim nicht durchgehend vor Ort, sodass der Betroffene darauf angewiesen ist, innerhalb des Pflorgeteams eine Person an seiner Seite zu haben. Dies gilt insbesondere bei Entscheidungen über die Vergabe von Medikamenten, Bedarfsmedikation und therapeutischen Interventionen. Formal müssen die Fürsprecher in sämtliche Entscheidungen einbezogen sein. Die Realität bei der Vergabe von Medikamenten sowie der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen sieht anders aus. Die Durchführung findet meist ohne Aufklärung und ohne Abstimmung statt.

Wie kann eine Reduktion der Neuroleptika gelingen?

1. Voraussetzung

Es gibt einen interdisziplinären und interprofessionellen Abstimmungsprozess, in dem alle in der Begleitung des demenzerkrankten Menschen beteiligten Personen (Ärzte, Mitarbeitende der Institution, Angehörige, Betreuer etc.) informiert und mit der medikamentösen Reduktion einverstanden sind.

2. Fürsprecher

Ein verbindlicher Fürsprecher für den Demenzerkrankten ist benannt und wird von allen Beteiligten akzeptiert. Diese Grundvoraussetzung ist wichtig, damit eventuell (vorübergehend) verstärkt auftretende Symptome von möglichst allen mitgetragen werden und nicht automatisch zu einer Dosiserhöhung führen.

3. Stärkung der nicht-medikamentösen Intervention

Eine Reduktion der Neuroleptika führt meist zu einer Reduzierung der unangenehmen Nebenwirkungen, aber möglicherweise auch zu einer Verstärkung ein-

zelner Verhaltensauffälligkeiten. Hier sind die nicht-medikamentösen Therapien gefordert. Reduktion von Neuroleptika ohne den Einsatz nicht-medikamentöser Therapien ist kaum machbar und setzt die Beteiligten oft so sehr unter Druck, dass bei fehlenden Alternativen nur noch der erneute Einsatz der Neuroleptika mit allen daraus folgenden Konsequenzen bleibt.

4. Zeit und Geduld

Reduktion von Neuroleptika bei Demenzerkrankten benötigt Zeit und Geduld. Die Grundannahme ist zunächst, dass sich bei einer Reduktion Symptome verstärken oder plötzlich wieder auftreten können oder sich möglicherweise gar nichts verändert. Im Vorfeld ist es wichtig, sich über die möglichen Entwicklungen auszutauschen und sich nicht zu wundern, wenn sie Realität werden. Sinnvoll ist es, zu Beginn der Reduktion gemeinsam einen Zeitraum zu vereinbaren, innerhalb dessen diese Umsetzung stattfindet, und auch die Kriterien für einen Abbruch der Reduktion festzulegen.

5. Mut und Kreativität

Reduktion von Medikamenten setzt Mut und Kreativität voraus. Vor allem Mut, diesen Schritt zu wagen und durchzuhalten. In der Regel überwiegt zunächst die Sorge, was passiert, wenn ein Medikament nicht mehr gegeben wird. Diese Sorge gilt es auszusprechen, aber auch im Gegenzug die Chancen anzusprechen: Vielleicht wird der Patient wacher, aktiver, selbstständiger, gangsicherer, kontaktfreudiger etc. Manchmal ist auch unklar, was passieren kann, wenn Medikamente reduziert werden. Aber auch dies darf kein Argument sein, es nicht zu tun. Der Einsatz nicht-medikamentöser Therapien birgt die Chancen, innerhalb eines Teams kreative Elemente mit einzubauen, die vorher möglicherweise durch die medikamentöse Therapie außen vor blieben. Der Fundus wird oft noch größer, sobald Angehörige mit einbezogen werden.

6. Koordinator der Reduktion

Besteht bei allen Beteiligten Einigkeit über eine Reduktion der Neuroleptika, so ist ein „Koordinator“ zu benennen, der die Aufgabe hat, alle unterschiedlichen Beobachtungen, Erfahrungen und Kenntnisse zu bündeln und aktuelle Entwicklungen zu kommunizieren. Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit entstehen, wenn dies transparent ist und sich alle Beteiligten daran halten. Dieser Konsens muss von allen geschultert werden. Wenig hilfreich ist es hierbei, die Verantwortung einzelnen ärztlichen Verordnern zuzuschreiben, die zwar als Arzt/Ärztin die fachlich-medizinische Verantwortung, aber zum Beispiel nicht die rechtliche oder Umsetzungsverantwortung haben.

7. Erfahrungsaustausch

Fest implementierte Zeiten zum Erfahrungsaustausch innerhalb eines multiprofessionellen Teams helfen bei einem Reduktionsversuch die positiven und negativen subjektiven Wahrnehmungen auszutauschen, zu korrigieren und eine Akzeptanz der Unterschiedlichkeit herzustellen. Diese regelmäßige Plattform stärkt das Vorgehen bei der Reduktion und ermutigt zum Nachahmen. Sie sichert auch die Qualität einer Behandlung und Begleitung.

8. Regeln

Voraussetzung für die Reduktion von Neuroleptika bei demenzerkrankten Menschen sind klare Absprachen und Regeln, die transparent und verschriftlicht sein sollten. Dies betrifft:

- die Vorgehensweise, den Nutzen und die Risiken,
- die Ansprechpersonen,
- die medizinischen Voraussetzungen für das Vorgehen (ärztliche Verlaufskontrolle),
- die rechtliche Voraussetzung (das Einverständnis der Angehörigen, der Betreuer und Bevollmächtigten),
- den Einbezug des Betroffenen.

Und dann ist da noch die Ethik ...

Zunehmend wird das Thema Reduktion und Einsatz von Neuroleptika bei demenzerkrankten Menschen zu einem ethischen Thema. Und hier ist entscheidend die Subjektivität der Angehörigen, der Verordner, der begleitenden Personen. Darüber steht immer die Frage, was passiert, wenn *ich* mich in solch einer Situation befinde? Wie möchte *ich*, dass mit mir umgegangen wird? Möchte *ich* dann einen Einsatz von Neuroleptika oder nicht? Die ethische Dimension bringt uns zum Nachdenken, was wir als Verantwortliche den uns anvertrauten Demenzerkrankten zumuten, obgleich wir die Grenzen der Behandlung kennen.

Literatur

Horan, M.A.; Little, R.A. (Hg.) (1998): *Injury in the aging*. Cambridge: Cambridge University Press.
McElnay, J; McCallion, C.R. (1998): *Adherence and the elderly*. In: Myers, L.B.; Midence, K. (Hg.): *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Internet

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.): S3-Leitlinie „Demenzen“, November 2009 (abrufbar über www.dgppn.de).

Neuroleptika reduzieren bei Kindern und Jugendlichen

Charlotte Köttgen

In jede Neuauflage offizieller Diagnosekataloge werden bekannte psychische Verhaltensstörungen neu aufgenommen und zu behandlungspflichtigen Krankheiten umdefiniert. „Wir kommen an den Punkt, wo es kaum noch möglich ist, ohne eine, zwei oder eine Hand voll geistiger Störungen durchs Leben zu kommen“, warnt Allen Frances (2013). Neben der bedrohlichen Zunahme von ADHS-Diagnosen und dem dann folgenden dramatischen Anstieg der Verschreibungen von Ritalin und anderen Methylphenidat-haltigen Psychostimulanzien, auf den wir in anderem Zusammenhang hingewiesen haben (Köttgen/Richter 2013), erscheint es heute ganz besonders notwendig, auf die gefährliche Zunahme der Verschreibung von Neuroleptika an Kinder und Jugendliche hinzuweisen.

Die meisten Neuroleptika, z.B. Olanzapin, sind für Kinder und junge Menschen bis 18 Jahre nicht zugelassen. Dies gilt nicht für Risperidon, dessen Verschreibungszahlen an Hamburger Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 sich in den Jahren 2006 bis 2010 verdoppelt haben (2006: 682 Fälle/2010: 1532 Fälle) (TK 2011). Eingeschränkt ist die Zulassung aber auch bei Risperidon.

Dieses Neuroleptikum wurde von der deutschen Arzneimittelzulassungsbehörde bei Kindern ab 5 Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahre nur zugelassen für eine *symptomatische Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggression und bei Verhaltensstörungen mit unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion oder mentaler Retardierung im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms*.

Für die weiteren zugelassenen Indikationen (Schizophrenie, Manie bei bipolaren Störungen) wird wegen fehlender Daten zur Wirksamkeit eine Verordnung von Risperidon nicht empfohlen.

Die Gefährlichkeit der Vergabe von Neuroleptika erschließt sich schon aus der aufmerksamen Lektüre der Beipackzettel (DGSP 2010).

Als Neben- und Langzeitwirkungen von Neuroleptika werden beschrieben:

- Das Risiko eines plötzlichen Herztodes, unabhängig von der Diagnose Schizophrenie, verdoppelt sich (Arznei-Telegramm 2009).
- Atypische und typische Neuroleptika haben weitgehend gleiche Wirkungen. Sie können die unwillkürliche Beweglichkeit (extrapyramidal-motorische Bewegungen) hemmen wie auch einen unwillkürlichen Bewegungsdrang (Sitzunruhe, Zwangsbewegungen, Schüttellähmung [Parkinsonerkrankung] u.a.) auslösen. Die Hemmung betrifft auch Denken und Sprechen.

- Stoffwechselstörungen wie Diabetes, lebensbedrohliche Überzuckerung, Leberstörungen, extreme Gewichtszunahme und vermehrte Bildung von Prolaktin mit Störungen der Bildung von Sexualhormonen, mit Folgen wie Wachstumsstörungen, Brustwachstum (Gynäkomastie), Zyklusstörungen und Sterilität.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall können vermehrt auftreten (DGN 2008).
- Hemmung der Bildung von weißen Blutkörperchen mit Schwächung der Immunabwehr gegen Infektionen.
- Sucht, Depression, Erregungszustände, Verlust der Impulskontrolle, Selbsttötungsideen.

Neuroleptika werden dennoch mit steigender Tendenz auch an Kinder und Jugendliche verordnet. Bei Kindern und Jugendlichen wirkt sich die Erhöhung der Prolaktin-Bildung mit Wachstumsstörungen, Brustwachstum und Störung der Bildung von Sexualhormonen besonders schädlich aus, da dadurch die sexuelle Prägung und Reifung irreversibel gestört und gehemmt werden kann, daraus kann andauernde Unfruchtbarkeit resultieren. Erhebliche Auswirkungen für die Entwicklung von jungen Menschen haben überdies die metabolischen Störungen, mit häufiger Gewichtszunahme, dem darauf folgenden Bewegungsmangel, Krankheiten, wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen u.a. Die oft eher verharmlosten Neben- und Langzeitwirkungen, vor denen schon Degkwitz seit den 1960er- und 1970er-Jahren gewarnt hatte (Degkwitz et al. 1976), haben sich mittlerweile in erschreckender Weise bestätigt. Deshalb sind Kontrollen zur Einhaltung der Zulassungsbeschränkung dringend erforderlich.

Aus dem Gesagten kann nur mehr der Schluss gezogen werden, dass es dringend geboten ist, auf die Verordnung von Neuroleptika bei Kindern und Jugendlichen entweder zu verzichten oder die Einhaltung der Indikation streng zu kontrollieren.

Angeichts der zweifelsfrei zunehmenden psychosozialen Belastungen, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind, sind heute anstelle der bequemen medikamentösen Ruhigstellung vielfältige Formen der Unterstützung in der Familie, im Sozialbereich, in der Schule dringend auszubauen.

Als fachlich qualifizierte Hilfen (Behandlung) sind anzusehen:

- ambulante Betreuung statt stationärer Unterbringung,
- Aufbau alternativer berufsgruppen- und institutionsübergreifender Angebote für Patienten-, Familien- und Angehörigengruppen, Hometreatment, Soteria-Projekte u.a.,

- Kontrolle des Verschreibungsverhaltens,
- keine Medikamentenverordnung (besonders nicht Neuroleptika), bevor nicht langfristige, pädagogische und therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Zu fordern ist schließlich eine *freie, zugängliche und nachvollziehbare Forschung unabhängig von finanziellen Zuwendungen der Hersteller, auch bei Elterngruppen, Fortbildungen und Kongressen.*

Literatur

Arznei-Telegramm 2/2009.

Degkwitz R et al. (1976) Therapeutische Risiken bei Langzeitbehandlung mit Neuroleptika und Lithium: klinische und biochemische Befunde. *Nervenarzt* 47:81–87.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Pressestelle, vom 14. November 2008: Das Schlaganfallrisiko ist unter Neuroleptika erhöht ... (Stellungnahme der DGN und DGPPN).

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Hrsg.) (2012): Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Neuroleptika. 2., akt. u. erw. Aufl. Köln.

Frances, A. (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DuMont-Verlag. – Allen Frances war Dekan der Abt. für Psychiatrie an der Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina (USA). Er übte Kritik am neuen DSM-5 der American Psychiatric Association (APA); auch im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“, H. 6, 2012, S. 122.

Köttgen, C.; Richter, S. (2013): „Eine Generation wird krankgeschrieben“ – Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Köln.

Techniker Krankenkasse (TK), Pressemitteilung vom 9. Oktober 2011.



Probeheft!

Coupon

Ich bestelle

- ☐ ein **kostenloses Probeheft** von Soziale Psychiatrie
- ☐ Info-Material über die DGSP
- ☐ Info-Material über die Fortbildungsangebote der DGSP

Name:

Adresse:

TEL.:

E-Mail:

Beruf:

Bestelladresse:

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



**Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie**

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

TEL.: 0221 511002

Fax: 0221 529903

dgsp@netcologne.de

www.dgsp-ev.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Straße 9 · 50969 Köln

Tel.: +49 221 51 10 02 · Fax: +49 221 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Internet: www.dgsp-ev.de