



DGSP Landesverband , Eystruper Str. 6; 28325 Bremen

**Landesverband Bremen
Geschäftsstelle**

Hille Kruckenberg
Eystruper Str. 6
28325 Bremen

Telefon: 0421-420 313
e-mail: dgsp@hille-kruckenberg.de

Bremen, 21. Juli 2014

**Behandlung mit Neuroleptika
Informationen des Landesverbands Bremen der DGSP**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben als Betroffene/r mit Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin über bestimmte psychische Störungen gesprochen und erfahren, dass man diese durch Medikamente wirksam beeinflussen kann, die Neuroleptika oder Antipsychotika genannt werden.

Sie werden sich überlegen, ob Sie einer solchen Behandlung zustimmen sollten. Sie werden aber auch bei einer Zustimmung sich im Verlauf der Behandlung Gedanken machen, ob und wie die Behandlung weitergeführt oder vielleicht sogar beendet werden soll und werden dies mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin besprechen.

Bedenken Sie in diesen Gesprächen auch, dass die Behandlung mit Medikamenten immer nur ein Teil des gesamten Behandlungsprogramms sein kann, das ihnen helfen soll, allein und mit den für Sie wichtigen Kontaktpersonen in den unterschiedlichen Lebensbereichen möglichst selbstbestimmt und Ihren Bedürfnissen und Zielen entsprechend gut zu leben.

Oder Sie sind im Kontakt mit einem von diesen Störungen betroffenen Menschen, als PartnerIn oder Angehörige/r, als Betreuer/In oder RichterIn und Ihre Meinung ist für die/den Betroffenen wichtig. Sie sind sich aber selbst über Einzelheiten der Beurteilung unsicher.

Die folgenden Informationen ersetzen natürlich kein medizinisches Studium, könnten aber Ihre Überlegungen und die Gespräche mit dem/der zuständigen Arzt/der Ärztin erleichtern.

1. Wenn Sie von den von Neuroleptika beeinflussbaren Störungen ganz oder wesentlich befreit werden wollen, sollten Sie wissen, dass dies nur bei jedem 3. bis 4. Patienten ohne Neuroleptika gelingt – andererseits helfen sie bei ca. 20 % praktisch nicht.
2. Wenn die Störungen nicht zu stark sind, kann es es sinnvoll sein, zunächst ohne Neuroleptika zur Ruhe zu kommen (notfalls. mit einem Beruhigungs- oder Schlafmittel) und abzuwarten, ob sich mit Unterstützung der TherapeutInnen oder von Freunden und Angehörigen die Symptomatik von allein bessert. Aus wissenschaftlicher Sicht ist bei einer Erstbehandlung eine Begleitung ohne Neuroleptika in einem dafür angemessenen Rahmen über 2 - 4 Wochen sinnvoll, wenn die Symptomatik nicht immer schlimmer wird. Bei wiederholter Behandlung gibt es dazu keine wissenschaftlichen Ergebnisse.
3. Auch bei sehr akuten Ängsten oder Unruhezuständen kann oft zunächst mit einer angstmindernden und beruhigenden, auch den Schlaf fördernden Behandlung mit sogenannten Tranquilizern als Alternative oder Ergänzung begonnen werden, die schneller einwirken und entsprechend der Befindlichkeit auch relativ schnell reduziert und abgesetzt werden können.
4. Die auf die spezifischen Störungen ausgerichtete Wirkung der Neuroleptika setzt dagegen nur allmählich im Rahmen von Tagen und Wochen ein.
5. Wenn Sie sich zu einer Behandlung mit einem Neuroleptikum entscheiden wollen, lassen Sie sich über die möglichen **Nebenwirkungen** der verschiedenen Medikamente genau informieren. Sie können individuell sehr unterschiedlich sein und sind meist auch abhängig von der Dosis.
6. Früher wurde meist zu hoch dosiert. Heute sollte man aus wissenschaftlicher Sicht mit einer möglichst niedrigen Dosis behandeln, um die Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten. Leider wird dies von den behandelnden ÄrztInnen und Teams noch nicht überall praktiziert.
7. Unten finden Sie eine Liste von einigen häufig genutzten Medikamenten mit Angaben der ungefähren Dosis, die schon bei jedem/r 2. Patienten/in meist ausreichend wirksam ist und der Dosis , die bei den anderen PatientInnen eingesetzt werden kann, bei der eine weitere Steigerung aber in der Regel keine weitere Besserung bringt.

8. Insbesondere bei einer längerfristigen und wiederholten Behandlung ist eine vollständige Symptomrückbildung bei einem Teil der Betroffenen nicht zu erreichen. Oft reagieren die behandelnden ÄrztInnen darauf mit dem Vorschlag einer **Dosiserhöhung** (notwendig?). Diese sollte den oben angegebenen Rahmen aber nur in Ausnahmefällen überschreiten.
9. Häufig wird vergessen, die Neuroleptika wieder zu reduzieren. Dies ist jedoch sinnvoll, weil so Nebenwirkungen vermieden werden können und viele PatientInnen so trotz der bestehenden Restsymptome deutlich besser mit den Alltagsanforderungen umgehen können. Auch dieses Erkenntnis aus neueren Studien muss ihrem/r behandelnden Arzt/ÄrztIn nicht unbedingt bekannt sein. Sie sollten daher selbst darauf achten, dass Dosiserhöhungen wieder rückgängig gemacht werden, wenn die erwartete Wirkung nicht eintritt. Das kann spätestens nach 3 Monaten entschieden werden.
10. Bei einer nachlassenden Wirksamkeit der Neuroleptika im Behandlungsverlauf werden auch häufig mehrere Neuroleptika gleichzeitig verordnet, in Deutschland bei bis zu 44% der PatientInnen. Die Studien zu dieser Problematik unterstützen dieses Vorgehen jedoch nicht. Nur in Einzelfällen ist ein solches Vorgehen gerechtfertigt. Nur einige **Kombinationen** mit dem Neuroleptikum Clozapin (Leponex[®]) sind aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll. Meist sind die Effekte nicht sehr ausgeprägt. Häufig kommt es jedoch zu einer Zunahme der Nebenwirkungen. Auch eine Einschränkung des Denkvermögens könnte eine solche Nebenwirkung sein. Daher sollten Sie auch hier selbst darauf achten – sofern Sie sich zu einem solchen Behandlungsversuch mit 2 Neuroleptika entscheiden - dass ein Medikament wieder langsam abgesetzt („ausgeschlichen“) wird, sofern der erhoffte Effekt nicht eintritt. Auch dies kann man spätestens nach 3 Monaten entscheiden.
11. 20 % der Betroffenen haben so gut wie gar keine positiven Effekte durch die Einnahme von Neuroleptika (sog. „non responder“). Sollte dies der Fall sein, ist noch ein weiterer Behandlungsversuch mit Clozapin[®], evtl. sogar mit einer weiteren Kombination sinnvoll. Bei Unwirksamkeit sollten auch dann die Medikamente langsam reduziert oder sogar ganz abgesetzt werden, wenn es Ihnen – am besten auch aus der Sicht von guten FreundInnen oder anderen Vertrauenspersonen - damit nicht besser geht.
12. Es ist sinnvoll, über den Blutspiegel zu prüfen, ob Ihre Verdauungsorgane die Medikamente normal aufnehmen.
13. Bestimmte **Nebenwirkungen** wie Gewichtszunahme, Erhöhung des Nüchternblutzuckers und der Blutfette sind **besonders ernst** zu nehmen. Aber auch Bewegungsstörungen in unterschiedlichen Muskelgruppen (Beine, Gesicht Schulter Rumpf), denn sie könnten bei längerem Bestehen irreversibel werden.

14. Es ist **wichtig, nach Möglichkeit mit nur einem Neuroleptikum und einer möglichst niedrigen Dosis** auszukommen, weil mehrere Neuroleptika und hohe Dosierungen auf Dauer das Gehirn schädigen.

15. Wenn Sie nach längerer Behandlung die Neuroleptika **wieder reduzieren und evtl. auch absetzen wollen**, ist es **zumeist sehr schädlich, das plötzlich zu tun**, weil dadurch sehr häufig **schwere Rückfälle** eintreten. Ein allmähliches "Ausschleichen" ist angesagt. Das sollte sich über viele Monate hinziehen. Die Dosisverminderung sollte immer nur etwa 10% betragen und dann 6 Wochen aufrechterhalten werden, um abzusehen, ob die verbleibende Dosis ausreicht. Erst dann sollte die nächste Erniedrigung erfolgen. Je tiefer die Dosis, desto vorsichtiger das Vorgehen. Sollten Symptome auftreten sollten sie auf die Dosis zuvor zurückgehen. Sie sollten sich dabei möglichst von einem Psychiater/in und von anderen Personen Ihres Vertrauens begleiten lassen. Ob sie nur reduzieren oder auch ganz absetzen können, lässt sich leider nicht sicher voraussagen.

16. Sollte sie ganz absetzen, raten wir Ihnen dringend, einen mit Professionellen und wichtigen Bezugspersonen gut abgestimmten **Krisenplan** für die Situation eines Rückfalls zu erarbeiten.

17. Fast immer ist es wichtig, eine aktive Änderung im Leben an die Stelle der Medikamente zu setzen.

Diesen Text haben Dr. Volkmar Aderhold und Prof. Dr. Kruckenberg verfasst, unter Rückgriff auf Vorarbeiten des Fachausschusses Psychopharmaka der DGSP.

Vielleicht ist für Sie hier oder da noch etwas offen geblieben.

Wenn sie Fragen haben, können Sie sich gern an die DGSP, LV Bremen wenden (s. Kopfzeile).

Wir werden uns mit Ihrem Anliegen beschäftigen, in besonderen Situationen auch die Meinung von dafür kompetenten Fachleuten einholen.

Kürzlich ist auch ein Artikel „Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika?“ im Nervenarzt (2014) erschienen.

Über die DGSP können Sie ab November 2014 dazu eine recht umfassende Anleitung zum Reduzieren und eventuellen Absetzen kostenlos beziehen. Sie wird auch im Internet stehen:

www.psychiatrie.de/DGSP

Mit freundlichen Grüßen

Für den Vorstand der DGSP, Landesverband Bremen

Hille Kruckenberg

Orientierungshilfe zur Dosisfindung

Wirkstoff	ED90 Dosis (ausreichend wirksam bei 90% der Patienten)	
Amisulprid	200 mg/Tag	
Aripiprazol	10 mg/Tag	
Clozapin	>400 mg/Tag (Obergrenze?)	
Olanzapin	>16 mg/Tag (Obergrenze?)	
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 alle 4 Wochen 25 mg alle 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.

Die ermittelten Werte sind für mehrfach erkrankte vorbehandelte Patienten mit Schizophrenie-Diagnose gültig. Für den individuellen Patienten ist zur optimalen Dosisfindung eine Annäherung durch langsame Aufdosierung nicht zu umgehen, denn die individuell ausreichende Dosis kann auch darunter aber auch darüber liegen. Da bis heute keine randomisierten Dosisfindungsstudien für Dosierungen unter 3 mg Haloperidol-Äquivalenten existieren und nur diese in dieser Übersichtsarbeit von Davis et al ausgewertet wurden, ist anzunehmen, dass die individuell Dosierungen weit häufiger unter der ED 90 als darüber liegen. Die Autoren empfehlen einen für jeden Patienten individuellen Dosisfindungsprozess von Versuch und Irrtum und kritisieren Leitlinien mit definierten Dosierungen.

Nach John M. Davis and Nancy Chen: Dose Response and Dose Equivalence of Antipsychotics, Journal of Clinical Psychopharmacology (24, April 2004)