

Uwe Bernd Schirmer

better care

Psychopharmako- therapie und Empowerment

Ein Trainingsprogramm
zum selbstständigen
Medikamentenmanagement



inklusive
Download-
material



Uwe Bernd Schirmer
Psychopharmakotherapie und Empowerment

Psychiatrie
Verlag 

Herausgeber und Autor

Die Reihe »better care« wird herausgegeben von

Manuela Grieser, Studienleiterin des Fachbereichs Gesundheit an der Berner Fachhochschule

Prof. Dr. Michael Schulz, Gesundheitswissenschaftler und Krankenpfleger, Honorarprofessur an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld, Mitarbeiter beim Krankenhausdezernat des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Mitarbeiter der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh

Gianfranco Zuaboni, Pflegewissenschaftler und Leiter der Abteilung Pflegeentwicklung im Sanatorium Kilchberg, Zürich



Dr. Uwe Bernd Schirmer ist Krankenpfleger und Diplom-Pflegepädagoge. Er arbeitet seit 40 Jahren in der Pflege, Bildung und Pflegeforschung. Er ist Leiter der akademie südwest des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg.

Uwe Bernd Schirmer

Psychopharmako- therapie und Empowerment

Ein Trainingsprogramm
zum selbstständigen
Medikamentenmanagement

Mit Beiträgen von
Christiane Vogel
Klaus Gauger
Jann E. Schlimme

Uwe Bernd Schirmer
Psychopharmakotherapie und Empowerment
Ein Trainingsprogramm zum selbstständigen Medikamentenmanagement

1. Auflage 2020
better care 10
ISBN-Print: 978-3-88414-937-9
ISBN-PDF: 978-3-96605-058-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Hinweis

Bei den in diesem Buch angegebenen Hinweisen zur medikamentösen Behandlung haben die Autorinnen und Autoren den aktuellen wissenschaftlichen Stand berücksichtigt. Sie und der Verlag können aber für diese Angaben keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vor der Anwendung im Einzelfall auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Bitte lesen Sie dazu den Beipackzettel und fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Die Handelsnamen der besprochenen Medikamente sind mit dem Zeichen ® gekennzeichnet. Aus dem Fehlen dieser Kennzeichnung darf aber nicht auf die freie Verwendbarkeit eines Medikamentennamens geschlossen werden, es kann sich um gesetzlich geschützte Warenzeichen handeln, die nicht ohne Weiteres benutzt werden dürfen.

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2020
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Lektorat: Karin Koch, Köln
Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln,
unter Verwendung eines Bildes von afxhome / stock.adobe.com
Typografiekonzeption und Satz: Iga Bielejec, Nierstein
Druck und Bindung: Medienhaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Downloadmaterial	7
Geleitwort	8
Vorwort	10
Danksagung	14
Psychopharmaka einnehmen oder nicht?	15
Die Betroffenenperspektive	16
Warum ich Neuroleptika für mich persönlich ablehne <i>Christiane Vogel</i>	16
Warum ich Neuroleptika nehme <i>Klaus Gauger</i>	24
Die Behandlerperspektive <i>Jann E. Schlimme</i>	33
Psychopharmaka-Typen und Wirkungen	35
Kurz- und langfristige Effekte	42
Wege individueller Nutzung	45
Die Aufgabe der Begleitung	47
Begleitung und Kooperation	49
Therapietreue: ein Problem	50
Formen von Non-Adhärenz bei Psychopharmaka	50
Warum nehmen Patientinnen und Patienten ihre Medikamente nicht?	52
Ethische Aspekte zur Medikation mit Psychopharmaka	59
Analyse von Konfliktsituationen	61
Die Frage der Alternativen	63
Autonomie und partizipative Entscheidungsfindung	63
Die engen Grenzen der Zwangsmedikation ernst nehmen	65
Förderung des selbstständigen Medikamentenmanagements	67
Psychoedukation: Patientenschulung und Beratung	67
Lernverständnis: Lernbarrieren und Lernprinzipien	69
Der Medikationsprozess: potenzielle Fehlerquellen	70
Das Setting: Behandlungsbedingungen und -herausforderungen	72
Sektorenspezifische Unterschiede	72
Aufgaben von Pflegenden und von Patientinnen und Patienten	74
Versorgungspolitische Aspekte	77
Grundlagen des Medikamententrainings	78
Haltung und Arbeitsprinzipien	80
Selbstbefähigung fördern	80

Patientenorientierung umsetzen.....	81
Selbstbestimmung akzeptieren.....	82
Sich selbst reflektieren.....	85
Empowermentziele.....	88
Kommunikation und Beziehungsgestaltung.....	89
Flexibel bleiben.....	93
Indikation.....	94
Das Medikamententrainingsprogramm	95
Zwei Prozesse.....	96
Assessmentprozess.....	96
Interventionsprozess.....	98
Vier Stufen.....	99
Stufe 1: Patient holt Medikamente ab.....	102
Stufe 2: Patient richtet unter Anleitung die Medikamente in einer Tagesdosette.....	102
Stufe 3: Patient richtet selbstständig die Medikamente in einer Tagesdosette.....	104
Stufe 4: Patient richtet eine Wochendosette.....	105
Zwei Hilfsmittel.....	107
Durchführungshinweise.....	108
Vorbereitung.....	109
Zeitplanung.....	109
Raumvorbereitung.....	110
Benötigte Materialien.....	110
Stichproben machen und Rückmeldungen geben.....	111
Praktische Durchführung.....	111
Gespräche im Rahmen des Assessments.....	113
Gespräche im Rahmen der Intervention.....	114
Vorgehensweise im stationären Setting.....	116
Vorgehensweise im ambulanten Setting.....	118
Dokumentation.....	121
Evaluation.....	121
Ein Wort zum Schluss	124
Literatur	126

Downloadmaterial

Materialien für psychiatrisch Tätige, Patientinnen und Patienten

Stufenplan des Medikamententrainings STATIONÄR

Stufenplan des Medikamententrainings AMBULANT

Materialien für Pflegende

Leitfaden 1: Assessmentgespräch

Leitfaden 2: Einführungsgespräche zum Medikamententraining

Leitfaden 2 A: Vorgehen und Ablauf des Medikamententrainings

Leitfaden 2 B: Hilfsmittel: Medikamentenpass und Dosette

Leitfaden 2 C: Richten der Medikamente

Leitfaden 3: Informationsgespräch bei Höherstufung in Stufe 3 oder 4

Leitfaden 4 A: Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung
(STATIONÄR)

Leitfaden 4 B: Gespräche zum Abschluss des Medikamententrainings
(AMBULANT)

Materialien für Patientinnen und Patienten

Patienteninformationsblätter STATIONÄR

Patienteninformationsblatt A zu Beginn des Medikamententrainingsprogramms

Patienteninformationsblatt B zum Entlassgespräch

Patienteninformationsblätter AMBULANT

Patienteninformationsblatt A zu Beginn des Medikamententrainingsprogramms

Patienteninformationsblatt B für das Abschlussgespräch

Medikamentenpass

Patienteninformationsblatt C für den Umgang mit Krisen

»Selbstbestimmt mit Medikamenten umgehen« von Patrica Deegan,
übersetzt von Gaby Rudolf

↓ Alle Downloadmaterialien finden Sie im Downloadbereich des Buches:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/psychopharmakotherapie-und-empowerment/>

Den Zugangscode finden Sie auf S. 100.

Geleitwort

Die Behandlung und Pflege von Menschen mit seelischen Erkrankungen und das psychosoziale Versorgungssystem haben in den letzten Jahren einen Perspektivwechsel vollzogen. Viele nationale, aber insbesondere auch internationale Impulse haben die Entwicklung weg vom Fürsorgesystem hin zum modernen Teilhaberecht gestärkt. Aspekte wie Autonomie, Patientenrechte, Selbstbestimmung, Recoveryorientierung, partizipative Entscheidungsfindung und Empowerment sind in den Fokus gerückt.

Dabei soll Empowerment psychisch erkrankte Menschen verstärkt in die Lage versetzen, ihre Rechte auf Partizipation und Mitsprache selbstbestimmt wahrzunehmen. Das Leitprinzip Recovery zielt nicht nur auf Symptomreduktion, sondern auf Aktivierung und Förderung von Ressourcen zur weitestgehend selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung. Dabei ist die Entwicklung von Kompetenzen zur Förderung der eigenen Gesundheit (Expertentum für die eigene Erkrankung) von zentraler Bedeutung. Diese Gesundheitskompetenz legt den Grundstein für die partizipative Entscheidungsfindung im gesamten Pflege- und Behandlungsprozess.

Dies ist im Bereich der seelischen Gesundheit und Krankheit ein besonders anspruchsvolles Expertentum, denn es benötigt viel mehr als gute Information. Begleitet werden seelische Erkrankungen häufig von Angst, Scham und Stigmatisierung, deshalb ist ein guter Umgang damit eine große Herausforderung für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen. Dies trifft auf alle Bereiche der Behandlung und Pflege zu, insbesondere auch auf die Psychopharmakotherapie. Der beschriebene Perspektivwechsel trägt auch hier zu einer Veränderung bei – weg von der Verordnung, hin zu einer aktiven Entscheidung der Betroffenen – bei. Hier gilt es, Menschen zu befähigen, selbstbestimmte, gut informierte und auf die Person zugeschnittene Gesundheitsentscheidungen treffen zu können.

Pflegeschwestern stellt dies vor besondere Herausforderungen. Sie sollen einerseits die korrekte Einnahme der Medikamente sicherstellen und auf der anderen Seite die individuelle Entscheidungsfindung der Betroffenen bestmöglich unterstützen. Genau hier setzt dieses Buch an, vermittelt das dafür notwendige Wissen und sorgt für einen guten Praxistransfer.

Über ein Trainingsprogramm im klassischen Sinne geht es dabei weit hinaus. Wie in allen Werken von Uwe Bernd Schirmer wird die pflegetherapeutische Beziehung ins Zentrum gestellt und auf sensible und einfühlsame Weise als wichtigste Kernkompetenz psychiatrischer Pflege gewürdigt. Grundlage für das Trainingsprogramm sind zentrale Schlüsselwerte wie Personen- und Ressourcenorientierung, partnerschaftlicher Umgang, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit sowie eine konsequente Lebensweltorientierung.

Es ist also ein Buch, das Empowerment durch Beteiligung nutzt, um einen partnerschaftlichen und demokratischen Ansatz in der psychiatrischen Pflege auch auf das Thema Medikamentenmanagement auszuweiten. Es ist daher ein wichtiger Beitrag auf dem Weg zu einer beteiligungs- und recoveryorientierten psychosozialen Versorgung.

Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa

Vorwort

Menschliches Leben ist verletzlich und beinhaltet die Auseinandersetzung mit einer Vielzahl von Krisen. Dazu gehören persönliche wie berufliche Krisen, die sich eben auch zu psychischen Krisen entwickeln können. Wird aus einer Krise eine psychische Erkrankung, erfordert die Behandlung eine Vielzahl von Interventionen, allen voran komplexe psychosoziale und beziehungsorientierte Interventionen. Daneben findet bei schweren psychischen Krisen, bei Depressionen, Angststörungen, Psychosen, bipolaren Erkrankungen oder Zwangsstörungen häufig eine pharmakologische Behandlung mit psychoaktiven Substanzen (= Psychopharmaka) statt. Eine solche medikamentöse Therapie ist in der Regel in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet.

Bei ausgeprägten psychopathologischen Symptomen ermöglicht nicht selten erst die Einnahme von Psychopharmaka eine psychotherapeutische oder ambulante Behandlung. Die Kombination von Psychopharmaka und Psycho- und Soziotherapie verbessert häufig das Gesamtbehandlungsergebnis, aber nicht immer. Sowohl atypische Neuroleptika als auch neue Antidepressiva konnten nicht die erhofften positiven Wirkungen und Heilungserwartungen erfüllen (vgl. GÖTZSCHE 2016; ANSARI, ANSARI 2017; LEHMANN u. a. 2017). Zudem wird berichtet, dass Neuroleptika nur bei jedem 6. bis 8. Patienten eine Symptomreduzierung von mindestens 20% erbringen (LEUCHT u. a. 2012, 2013, 2017).

Über die Notwendigkeit und Effektivität einer Psychopharmakotherapie lässt sich nach aktueller Datenlage also durchaus ehrbar streiten. Auch die Nutzerinnen und Nutzer sind sich nicht einig und haben ihre persönlichen Erfahrungen und Vorlieben, wie die zwei folgenden Erfahrungsberichte deutlich machen.

In diesem Buch soll nicht der medikamentösen Behandlung der Vorzug gegeben werden, sondern der Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten. Ein Haltungswandel bei den Behandelnden von der Medikamentenverschreibung hin zu einem Medikamentenangebot scheint sich mancherorts bereits zart anzudeuten, ist aber noch nicht Standard. Dabei sind die Vorbehalte der Patientinnen und Patienten leicht zu verstehen, denn Psychopharmaka haben teils erhebliche psychische und körperliche Nebenwirkungen. Einige Patienten befürchten gar, dass Psychopharmaka sie nur ruhigstellen sollen und nicht der eigentlichen Behandlung ihrer Erkrankung dienen. Diese Ambivalenzen und

Befürchtungen sind aufzugreifen. Insbesondere eine längerfristige Einnahme von Psychopharmaka wird nicht stattfinden, wenn es Zweifel an der Behandlung gibt.

Früher oder später haben fast alle Psychopharmaka-Nutzerinnen und -Nutzer den Wunsch, ihre Medikation zu reduzieren oder ganz abzusetzen. Andere wollen erst beim Auftreten von Frühwarnzeichen Psychopharmaka einnehmen, in der Hoffnung, so einen Rückfall verhindern zu können (intermittierende Medikamenteneinnahme).

Die Pflegenden stellt dies vor besondere Herausforderungen. Einerseits erwartet man von ihnen, ambulant wie stationär eine korrekte Medikamenteneinnahme sicherzustellen, und andererseits sollen sie auf die individuelle Einstellung und Umgangsweise mit der Medikation der Patienten eingehen. Grundsätzlich geht es darum, die Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung zum Umgang mit der Medikation immer wieder aufs Neue zu unterstützen. Starre Regeln zum Behandlungsprozess wirken zweifelhaft. Vielmehr scheinen solche Vorgehensweisen erfolgreicher zu sein, die individualisiert und flexibel sind und dabei die Selbstbestimmung und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigen. Dazu kann auch eine zwischen Behandelnden und Patienten offen diskutierte medikamentöse »Exitstrategie« gehören.

Dabei besteht das Problem, dass empirisches Wissen zum Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka noch sehr lückenhaft ist (SOMMER, LINCOLN 2019, 117). Ein abruptes Absetzen oder das Vergessen der Einnahme der meisten psychoaktiven Substanzen kann für die Nutzerinnen und Nutzer erhebliche Folgen haben, die von sich einstellenden Krisen bis hin zu schweren Rückfällen reichen.

Eine Behandlung mit Psychopharmaka sollte immer einen individualisierten Prozess darstellen, bei einer Reduktion ist er ein Muss. Patienten, Behandelnde und Angehörige sollten in diesen Prozess eng eingebunden sein. Eine verantwortungsvolle Reduktion braucht eine »Roadmap«. Sie kann von kleinsten Schritten geprägt sein und erfordert gerade dann eine präzise Medikamenteneinnahme. »Nur wer langsam ist, kommt ans Ziel« (SCHLIMME u. a. 2019, 10). Begleitende psychosoziale Angebote können die Patientinnen und Patienten in dieser Phase unterstützen.

Wenn Ärzte, Pflegende und Angehörige von den Absetzversuchen der Patienten nichts wissen, können sie diese nicht begleiten. Sie werden aber nur davon erfahren, wenn es eine vertrauensvolle, auf Offenheit beruhende Beziehung aller beteiligten Akteure gibt.

Bis heute dominiert ein medizinisches Modell, welches die Perspektive und den Sachverstand der Patientinnen und Patienten zu wenig berücksichtigt. Patientenedukation darf sich nicht auf Wissensvermittlung beschränken. Vielmehr brauchen Menschen mit chronischen Erkrankungen Handlungskompetenzen, um therapeutische Vorschläge in ihrem Lebensalltag umsetzen zu können. Es geht nicht darum, die Patienten dazu zu bringen, zu tun, was Ärztinnen und Ärzte sagen. Vorgetäuschte Kooperation nützt niemandem. Eher besteht die Notwendigkeit, die Selbstbefähigung dieser Personen zu fördern und als ein wesentliches therapeutisches Element zu verstehen. Dazu gehört es auch, ihnen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen, sie bei ihrem Tun zu begleiten und ihnen eine passende Behandlung anzubieten. Empowerment, also Selbstbefähigung und Selbstermächtigung, kann nur von den Betroffenen selbst vollbracht werden. Den professionell Tätigen kommt die Aufgabe zu, sie bei Empowermentprozessen zu fördern und mögliche Hindernisse zu beseitigen (KNUF 2016).

Das vorliegende Buch richtet seinen Blickwinkel auf die Förderung und Stärkung der Selbstbefähigung der Patientinnen und Patienten beim Medikamentenmanagement. Dabei werden nicht nur die verschiedenen Perspektiven von Behandelnden und Patienten dargestellt, sondern auch:

- die vielfältigen Ursachen, die dazu führen können, dass Patienten nicht wie verordnet ihre Medikation einnehmen,
- die Bedeutung der Integration der individuellen Wünsche der Patientinnen und Patienten bei der Medikation mit Psychopharmaka,
- die verschiedenen Möglichkeiten und Ansatzpunkte bei der Entwicklung von Fertigkeiten zur Implementation eines Medikamententrainings.

Ein verlässliches Medikamentenmanagement stellt Menschen mit chronischen Erkrankungen vor etliche Herausforderungen. Selbst wenn sie die Entscheidung getroffen haben, ihre Medikation wie verordnet einzunehmen, gelingt es ihnen oft nicht, den Therapieplan im Alltag verlässlich umzusetzen.

Diese Lücke schließt das vorliegende Buch. Es beinhaltet ein Medikamententrainingsprogramm, um mit Patienten wesentliche Fragen zu den Medikamenten zu klären und praktische Fähigkeiten im Umgang mit der Medikation zu trainieren. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten zum selbstständigen Medikamentenmanagement zu befähigen.

Die Vorgehensweise des Medikamententrainingsprogramms folgt dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand, dass verhaltenstherapeutische Herangehensweisen und Psychoedukation zusammen erfolgreicher sind als Einzel-

maßnahmen. Durch die Einbeziehung von Angehörigen kann die Wirksamkeit noch weiter verbessert werden.

Das Medikamententrainingsprogramm wurde mit fünf Psychiatrieerfahrenen diskutiert, ihre Anregungen wurden aufgenommen. In einem Praxisforschungsprojekt an den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie wurde eine frühere Fassung in einer randomisierten kontrollierten Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Tilman Steinert evaluiert (SCHIRMER u. a. 2015). Deutlich wurde durch die Studie, dass die Patientinnen und Patienten, die während ihres stationären Aufenthaltes am Medikamententrainingsprogramm teilgenommen hatten, das erlernte Vorgehen zum Medikamentenmanagement zu Hause auch tatsächlich anwendeten und die Adhärenz signifikant verbessert werden konnte. Der Transfer von der Klinik in das häusliche Umfeld scheint gelungen zu sein. Dies zeigt, wie wichtig es ist, dass Patienten durch Pflegefachpersonen gerade in der kritischen Phase, nämlich der Überleitung nach Hause, im Medikamentenmanagement durch die Anwendung evidenzbasierter Strategien unterstützt werden (KWAN u. a. 2013; VAN SLUISVELD u. a. 2012).

Ich möchte Pflegende ermutigen, diese Aufgabe wahrzunehmen, und hoffe, dass dieses Buch zumindest hinsichtlich des Medikamentenmanagements dazu einen Beitrag leisten kann.

Uwe Bernd Schirmer

Danksagung

Ich möchte mich bei allen, die an der Entstehung des Trainingsprogramms beteiligt waren, für die konstruktive Zusammenarbeit bedanken – insbesondere bei Angela Biggel, Marita Diesch, Sibylle Häderer, Josef Müller, Ernst Paulokat und Dieter Prause. Mein ganz besonderer Dank gilt Tanja Waidmann, Anita Hofmann und Ilona Herter. Mein Dank gilt auch allen engagierten Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg und der ppRT Reutlingen, die das Programm gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten in der Praxis anwenden. Danke auch der Lektorin des Psychiatrie Verlages, Karin Koch, die die Entwicklung dieses Buches begleitet hat.

Außerdem gilt mein Dank dem ehemaligen Pflegedirektor des Südwürttembergischen Zentrums für Psychiatrie, Klinik Bad Schussenried, Hans-Peter Elsässer-Gaißmaier, und dem ärztlichen Direktor des ZFP Südwürttemberg, Klinik Weissenau, Prof. Dr. Tilman Steinert, die das Projekt von Anfang an unterstützten.

Mein herzlicher Dank gilt ebenso den fünf aktiv beteiligten Psychiatrieerfahrenen des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V., besonders dem 2015 verstorbenen Klaus Laupichler. Ihre Hilfe hat dieses Buch geprägt und zu seiner Weiterentwicklung beigetragen.

Nicht zuletzt möchte ich allen Patientinnen und Patienten danken, die den Mut hatten und haben, sich auf unser Trainingsprogramm einzulassen.

Psychopharmaka einnehmen oder nicht?

Die Frage »Nehme ich Psychopharmaka ein, oder nicht?« wird unter Psychiatrieerfahrenen so kontrovers diskutiert wie wohl keine zweite. Schließlich geht es darum, Medikamente einzunehmen, die die psychische Krankheit gar nicht heilen, sondern lediglich die mit ihnen verbundenen Beschwerden lindern, und das zumindest auf lange Sicht gesehen mit gravierenden Nebenwirkungen. Spricht man mit Psychiatrieerfahrenen, so wird schnell klar, dass die Frage der Akzeptanz einer Medikation eine emotional hoch aufgeladene Frage ist. Da gibt es das ganze Spektrum von jenen, die Psychopharmaka schon lange einnehmen, und solchen, die sie gänzlich ablehnen. Einigen erscheinen die Wirkungen hilfreich und die Nebenwirkungen gegenüber einer Krise erträglich. Für andere sind die Wirkungen so furchtbar, dass sie keine Medikamente einnehmen wollen oder können. Psychopharmaka wirken bei jedem Menschen eben anders und führen aufgrund der gemachten Erfahrungen zu ganz unterschiedlichen Haltungen.

Spricht man mit den Behandelnden, wird in aller Regel deutlich, dass der Einnahme der Medikation große Wichtigkeit beigemessen wird. Welche Bedeutung die medikamentöse Langzeittherapie hat, unterstreichen die steigenden Raten der Langzeitverordnung von Antidepressiva (HUIJBREGTS u. a. 2017) und Neuroleptika (LOHSE, MÜLLER-OERLINGHAUSEN 2017). Häufig wird ein Verweigern der Medikation gar mit einem Behandlungsabbruch gleichgesetzt. Eine Haltung, die vor dem Hintergrund jüngerer Befunde zu Effektstärken und Nebenwirkungen von Psychopharmaka bei der Akut- und prophylaktischen Langzeittherapie kritisch zu hinterfragen ist (KHIN u. a. 2011, 2012).

Für die Betroffenen ist es eine enorme Herausforderung, sich eine eigene Meinung zu einer Behandlung mit Psychopharmaka zu bilden. Es gibt eine solche Vielfalt von Informationen in Büchern, Broschüren oder im Internet von ganz unterschiedlichen Unternehmen oder Vereinen, die sich teils direkt widersprechen. Ähnlich ist es bei den Menschen um die Betroffenen herum, den engsten Verwandten und Bekannten sowie anderen Betroffenen. Raten sie zur Einnahme oder unterstützen sie das Absetzen oder Reduzieren? Drängen vielleicht der Arzt, die Psychologin oder die Pflegenden zur Einnahme der

Medikation? Und dazu der sich immer wieder ändernde eigene Zustand als betroffene Person.

Es wird deutlich, dass wohl alle, die Medikamente nehmen, für sich selbst den Nutzen und die Risiken immer wieder aufs Neue abwägen müssen. Das ist auch eine Herausforderung für die Behandelnden: Wie lange können sie die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten mittragen in Anbetracht ihrer Erfahrungen und ihrer Verantwortung? Letztlich geht es um eine Verständigung von Patienten und Behandelnden und nicht darum, wer recht hat.

Die Betroffenenperspektive

Menschen, die die Wirkung von Psychopharmaka selbst erlebt haben, machen ganz unterschiedliche Erfahrungen. An dieser Stelle sollen zwei Betroffene, also eine Expertin und ein Experte aus Erfahrung, zu Wort kommen, die im Laufe ihres Lebens mit der Einnahme von Psychopharmaka konfrontiert waren und es noch sind. Anschließend wird die Sicht eines Behandlers vorgestellt.

Warum ich Neuroleptika für mich persönlich ablehne

Christiane Vogel

Ich bin in der Psychiatrie auf der Geschlossenen. Vor zwei Tagen bin ich freiwillig hierhergekommen auf der Suche nach Hilfe, weil sich in mir innerlich so viel abspielt, weil ich eine Krise habe und weil ich eine Stimme gehört habe, die weder gut noch böse zu sein schien und mich gerufen hat: »Wer kommt denn da?«

Ich sehe die langen, schmalen Gänge, auf denen geraucht wird und auf denen sich alle Patienten aufhalten dürfen, schmale, lange öffentliche Gänge, die paradoxerweise aber für mich, auf der Suche nach Intimität, die einzige Zufluchtsstätte bedeuten, wenn ich meinem engen Zimmer für eine Weile entkommen will. Außerdem ist im Flur ein kleiner Mini-Spind, der einzige Ort, an dem ich meine Habseligkeiten verstauen kann.

Am ersten Tag bin ich immer noch sehr in meiner eigenen Welt und sehr beschäftigt mit den vielen Gedanken, Gefühlen, Assoziationen, kreativen Einsichten und dem »Sehen von Zusammenhängen«, was auch ein Charakteristikum aller folgenden psychotischen Krisen sein wird.

Am zweiten Tag werde ich aufgefordert, jetzt jeden Tag mehrere Tabletten zu

schlucken, »mit denen es Ihnen bald wieder besser gehen wird«. Mehr erfahre ich nicht über die Tabletten. Nur an der Farbe wird mir in zwei Wochen auffallen, dass es nun andere Kapseln sind, dass Dosis oder Art des Medikaments wohl verändert worden sind. Nachdem ich die Tabletten geschluckt habe, verändert sich meine Welt drastisch. Plötzlich ist nichts mehr, wie es war.

Ich sitze auf der vorderen Stuhlkante in der Ecke auf dem Gang. Meine Finger verkrampfen sich um die Stuhllehne. Apathisch und mit starrem Blick sitze ich regungslos da, gleichzeitig unruhig und jederzeit auf dem Sprung, um wieder den Gang auf und ab zu laufen. Eine mir unerklärliche Sitzunruhe hat seit einigen Stunden plötzlich von mir Besitz ergriffen und ein unaufhörlicher Bewegungsdrang lässt mich keine zwei Minuten auf einem Stuhl zur Ruhe kommen. Habe ich die Kontrolle über mich verloren?

So erschöpft ich auch bin, ich MUSS laufen ..., laufen, laufen, nur um mich dann, beim Stuhl wieder ankommend, mit der verzweifelten Sehnsucht nach Ruhe und Ankommen, wenige Minuten krampfhaft an ihm festzuhalten ... und nur, um gleich darauf wieder loszulaufen, den ganzen Tag, manchmal die ganze Nacht, 24 Stunden lang.

Ebenso wie mein Blick sind meine Glieder und meine Bewegungen starr und steif geworden. Ich bewege und fühle mich wie ein Zombie. In mir ist vollkommene gedankliche Leere. Es ist auch nicht mehr möglich, »nach rechts« oder »nach links« zu denken, und die Gedanken können auch nicht kreisen oder sich zentrieren.

Mein Körper im schmalen, langen Psychiatrie-Gang – noch schmaler und eingleisiger der dunkle Tunnel in meinem Kopf.

Mit den »Wahnvorstellungen«, die ich mithilfe der Neuroleptika nun nicht mehr wahrnehme, sind auch alle anderen Gedanken und Assoziationen oder kreativen Regungen verschwunden. Natürlich auch die Einfälle, Eingebungen und das »Sehen« von Zusammenhängen, die ich vermutlich nicht sehen soll, weil sie »als psychotische Symptome« bekämpft werden müssen.

Doch damals weiß ich weder etwas von Symptomen noch von Diagnosen noch kenne ich meine eigene Diagnose. Eine einzige Verwirrung in mir: Was ist nur plötzlich mit mir »passiert«? Warum fühle ich mich auf einmal so furchtbar elend?

Der Pfleger sagt: »Sie sind krank. Was Sie wahrnehmen und fühlen, ist Ihre Krankheit, Ihre Psychose. Doch wir werden das in den Griff bekommen.« Dann eilt er von dannen. Auch er scheint »auf dem Sprung« zu sein.

Nur schemenhaft nehme ich einen Mitpatienten wahr, der laute Parolen von sich gibt. Plötzlich – ich erschrecke –, vier weiß gekleidete Männer stürzen sich

auf ihn und packen ihn. Er wehrt sich lautstark, schlägt um sich. Gemeinsam halten sie ihn fest und zerren ihn in ein Zimmer. Doch nur mein Unterbewusstsein erfasst das Geschehen. Es zeichnet alles auf, nimmt alles wahr. Der Schreck sitzt tief.

Doch mein Bewusstsein scheint sich verschlossen zu haben, zusammen mit der Tür, die sich hinter meinem Mitpatienten schließt. Während ich auf die geschlossene Tür starre, machen sich dumpfe Gefühle von Hoffnungslosigkeit breit. Mich selbst, mein komplettes Innenleben, mein Er-Leben — es scheint nicht mehr zu existieren. Ich habe es verloren. Die, die ich mal war, gibt es nicht mehr. Angst umklammert mich. Verzweiflung greift nach mir. Werde ich jemals wieder etwas von der Christiane vor zwei Tagen spüren? Werde ich jemals wieder diese Christiane in mir finden?

Doch bevor es mir überhaupt gelingt, irgendeinem vagen Gedanken oder dumpfen Gefühl nachzugehen, muss ich auch schon wieder loslaufen.

An diesem zweiten Tag weiß ich noch nicht, dass diese Situation über Wochen so anhalten wird, ohne jegliches Gespräch mit irgendjemand, ohne weitere Beschäftigung, nur unterbrochen vom Essen und Schlafen.

Ich kann (noch) nicht wissen, welcher Keulenschlag meine Seele so urplötzlich und mit aller Wucht vertrieben hat, urplötzlich, »auf einen Schlag«, ohne jegliche Vorbereitung, Vorwarnung oder Ankündigung.

Meine Familie, die mich beim ersten Besuch am dritten Tag vollkommen verändert vorfand, und ich haben Bilder, die uns vermutlich nie mehr loslassen. Wir haben alle ein Trauma, das wir vermutlich immer in uns tragen werden.

Es klingt hier schon an, dass meine ersten Erfahrungen mit Neuroleptika alles andere als gut waren. Dieser ersten psychotischen Episode im Jahr 1993, ich war gerade 26 Jahre alt, folgten über zehn weitere, die allesamt sofort und massiv mit Psychopharmaka behandelt wurden.

Dennoch: Ich stehe Psychopharmaka nicht grundsätzlich vollkommen abwehrend gegenüber, was andere Menschen betrifft, denn für jeden Menschen ist etwas anderes gut und richtig und für manche psychotischen Menschen bedeuten Medikamente manchmal eine kurzfristige Hilfe, um überhaupt wieder am Alltagsleben teilnehmen zu können.

Für mich selbst habe ich Neuroleptika aber viel stärker als Belastung denn als Bereicherung erlebt. Für mich sind nicht nur die gravierenden Nebenwirkungen und gesundheitlichen und sozialen Langzeitfolgen der Medikamente problematisch, auf die ich unten noch zu sprechen komme, sondern auch die Wirkungen der Psychopharmaka, vor allem die Eindämmung meiner Sensibilität und Wahrnehmung.

Aufgrund dessen bin ich mit gutem Erfolg schon seit sehr langer Zeit dabei – so langsam, dass es der Körper fast nicht mitbekommt, ist meine Devise –, die Medikamente komplett auszuschleichen. Das ist mein Weg, auf dem ich weiter gehen möchte. Aber die Betonung liegt auf »mein Weg«. Ich respektiere jeden Betroffenen, der für sich eine andere Wahl trifft.

Die Blockierung meiner persönlichen Entwicklung

Unbestritten, selbst unter den meisten Schulmediziner*innen, ist die Tatsache, dass Antipsychotika psychotische Symptome nicht heilen, sondern nur unterdrücken können. Eine negative Konsequenz meiner jahrelangen Neuroleptikaeinnahme war und ist, dass die Neuroleptika mich nicht nur nicht »heilen« können, sondern dass sie in meinem Fall auch einer Heilung, wie auch immer man »Heilung« definieren mag, entgegenstehen und Heilungswege regelrecht verhindern.

Ich habe in der Psychiatrie immer wieder erlebt, dass es vordergründig oder ausschließlich darum ging, die psychotischen Symptome zu eliminieren. Medikamente werden so schnell und vehement eingesetzt, dass gar keine Zeit bleibt zum Hinschauen, Wahrnehmen, Reflektieren, Aufarbeiten. So hatte ich auch keine Chance, die dahinterliegenden Probleme und Inhalte dann, wenn sie präsent waren, anzuschauen, zu lernen, damit umzugehen und vor allem alternative Verhaltensweisen zu entwickeln.

Nach jeder akuten Phase waren mir ganz viele meiner Wahrnehmungen und psychotischen Inhalte nicht mehr präsent, sodass auch eine nachträgliche Auseinandersetzung und Aufarbeitung oft unmöglich ist.

Die Psychopharmaka haben fast mein komplettes Gefühlsleben und meine Erlebnisfähigkeit lahmgelegt, sodass ich lange unter der Selbstwahrnehmung gelitten habe, ich sei ein gefühlskalter Mensch, etwas, was sich nach der Reduktion der Neuroleptika als völlig unzutreffend erwiesen hat. Das Gegenteil ist der Fall: Ich bin ein hochemotionaler Mensch mit hoher Empathiefähigkeit. Ich war während meines Neuroleptika-Absetzprozesses regelrecht überwältigt von dem, was sich mir von meiner wahren Persönlichkeit offenbart hat, ohne den Einfluss und die Manipulation der Neuroleptika. Ich lernte mich ganz neu kennen. Die Neuroleptika haben also zu einer ganz irreführenden Selbstwahrnehmung geführt, sie haben meine Persönlichkeit verändert und ich musste mich mit belastenden Anteilen meiner (vermeintlichen) Persönlichkeit auseinandersetzen, was gar nicht nötig gewesen wäre.

Etwas ganz Ausschlaggebendes kommt für mich hinzu: Nicht nur die belastenden Symptome, sondern auch all das Positive, die besondere Gabe, die-

ses »Mehr« an Wahrnehmung, an Sensibilität, das mich, Christiane Vogel, ausmacht, werden mit Psychopharmaka und anderen nichtmedikamentösen Gegensteuerungsmaßnahmen – und seien sie auch noch so human und gut gemeint – blockiert. Ich aber möchte meine besondere Sensibilität und Wahrnehmungsfähigkeit nicht verlieren, sondern mit ihr umgehen lernen.

Maßnahmen und Behandlungen, die nur darauf abzielen, psychotisches Erleben so schnell wie möglich zu eliminieren, verwehren mir das bewusste Erleben dieser Ressourcen und hindern mich demzufolge auch daran, mit meinem Anderssein, meiner besonderen Gabe oder wie auch immer man es nennen mag, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, z. B. zu lernen, wie ich mit Reizüberflutung am besten umgehe.

Hinsichtlich des Umgangs mit Gefühlen haben mich die Neuroleptika in meinem Entwicklungsprozess auch insofern behindert, als ich manchmal den Eindruck habe, dass ab dem Zeitpunkt der Neuroleptikaaufnahme manche Entwicklungsprozesse zum Stillstand gekommen sind. Das betrifft vor allem den Gefühlsbereich, das Wahrnehmen und Erleben von Gefühlen. Das, was für die meisten Menschen ein Reifeprozess ist, nämlich im Kontakt mit sich selbst zu sein, seinen Gefühlen wie z. B. Wut einen Ausdruck verleihen zu können, diese Entwicklung stagnierte bei mir seit Beginn der Neuroleptikaaufnahme. Im Zuge des Absetzens habe ich manchmal den Eindruck, ich fange wieder dort an, wo ich mit 26 Jahren aufgehört habe. Ich fühle mich, als ob ich in wenigen Monaten nun das bewältigen muss, wofür andere viele Jahre Zeit hatten. Denn nun, da ich meine Medikamente absetze, bin ich auf einmal mit diesen Gefühlen, die ich vorher nur gedämpft oder gar nicht mehr wahrgenommen habe, konfrontiert, und das manchmal sehr heftig. Glücks- oder Liebesgefühle oder aber auch Wut kommen nun aufgrund jahrelanger Drosselung intensiver heraus, als es dem Anlass angemessen ist, und das »Handling« damit muss ich erst lernen. Es fehlen mir die Erfahrungswerte, die man sonst im Laufe des Lebens sammelt, und die Umgangsmöglichkeiten und Strategien, die man ansonsten entwickelt, wenn man, wie andere Menschen, mit den jeweiligen Gefühlen und damit verbundenen »Baustellen« immer wieder im Laufe der Jahre konfrontiert wird. Diese Erfahrungen, diese Jahre, diese Lebenszeit und diese Entwicklungszeit haben mir die Neuroleptika genommen.

Das neue, andere Erleben ist eine der größten Herausforderungen meines Lebens. Ich habe nun Kontakt zu meiner Hochsensibilität; positive und negative Erfahrungen dringen ungefilterter und mit ganzer Wucht auf mich ein. Ich bin verletzlicher als früher. Meine Wut, meine Trauer und mein Schmerz sind intensiver, aber auch mein Lustempfinden. Ich kann übermäßig glücklich sein.

Manchmal hüpfte mein Herz wie ein kleiner Vogel vor lauter Freude. Um nichts in der Welt möchte ich trotz all dem, mit dem ich umgehen lernen muss, mit der »toten« Christiane tauschen, als die ich mich zu Zeiten der Neuroleptikaeinnahme erlebt habe. Mein Leben ist wieder spannend, mit Höhen und Tiefen. Die wiedergewonnene Lebendigkeit ist das größte Geschenk für mich seit vielen Jahren.

Ich persönlich vergleiche die Neuroleptikagabe immer mit der Gabe von Schmerzmitteln, die man z. B. bei Zahnschmerzen verabreicht bekommt. Für eine kurze Weile unterdrücken die Zahnschmerzmittel (in meinem Falle die Psychopharmaka) die Schmerzsymptome (psychotischen Symptome). Doch die Zahnschmerzen werden nicht dauerhaft verschwinden, wenn nicht die Ursachen für die Schmerzen behoben werden, wenn die Schmerzen nicht »an der Wurzel« bekämpft werden. Nimmt man Schmerzmittel auf Dauer, wirken sie nicht nur immer weniger und machen abhängig, sondern sie schaden richtiggehend und können schwere gesundheitliche Schäden nach sich ziehen. Das Gleiche gilt für Neuroleptika, wie eigentlich jeder Psychiater wissen sollte, da viele solcher Studien schon seit vielen Jahren existieren.

Doch meiner Erfahrung nach werden diese Ergebnisse den Patienten meist vorenthalten. In meiner ganzen langen »Psychiatriekarriere« hat mich keiner meiner behandelnden Ärzte über diese Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt, ganz davon abgesehen, dass ich von den Behandelnden nie gehört habe, dass die Neuroleptika selbst psychotische Zustände hervorrufen und chronifizieren können.

Nebenwirkungen und Folgeschäden

Mir wurden die massiven Nebenwirkungen und zum Teil irreversiblen Langzeitschäden der Neuroleptika entweder ganz verschwiegen oder verharmlost dargestellt. Als ich nach der Neuroleptikaeinnahme z. B. innerhalb kurzer Zeit zwanzig Kilogramm zugenommen hatte, wurde die dafür verantwortliche Einnahme von Leponex (Clozapin), das nachweislich Heißhunger und Fettstoffwechselveränderungen mit sich bringt, nicht infrage gestellt und die Gewichtszunahme als etwas dargestellt, was in Anbetracht der Gefahr einer »drohenden Psychose« hinzunehmen sei. Selbst nachdem dann als eine weitere erwiesene Nebenwirkung des Leponex meine Zuckerwerte so schlecht wurden, dass man von einer mildereren Form von Diabetes sprach, klärte mich niemand über diesen Zusammenhang auf. Nein, stattdessen bezahlte die Krankenkasse eine »Diabetes-Schulung«, in der ich lernen sollte, mein Essverhalten zu verändern, und das, obwohl mein Essverhalten weder die Ursache für meinen

Diabetes noch diabetesfördernd war. Mich klärte aber niemand über die wahre Ursache auf.

Erst als ich das Leponex absetzte, lagen plötzlich meine Zuckerwerte wieder – ohne jegliche Änderung meines Essverhaltens – im Normalbereich und sind es bis heute geblieben. Zudem nahm ich dann innerhalb kurzer Zeit wieder ab, was vorher nicht möglich gewesen war. Ich konnte vorher tun und lassen, was ich wollte, ich nahm nicht ab, denn gegen die Chemie in meinem Körper war ich machtlos. Ich beobachte heute immer wieder fassungslos, wie oft Menschen, die psychotische Vorerkrankungen haben und Neuroleptika einnehmen, Ernährungsleitlinien und Kurse nahegelegt werden. Oft wird ihnen sogar das Gefühl vermittelt, sie seien selbst schuld, wenn sie nicht abnehmen.

Auch wenn ich hier nur Leponex erwähne, so meine ich auch alle anderen Neuroleptika. Ich habe schon fast jedes Neuroleptikum genommen, das auf dem Markt ist. Und bezeichnend finde ich, dass die verheerenden Nebenwirkungen auch die hochgelobten atypischen Neuroleptika betreffen, zu denen auch Leponex gehört.

Aus Studien weiß man vom erhöhten Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen, die Neuroleptika einnehmen. Ich weiß um die um ca. 25 Jahre verringerte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten und dass die erhöhte Mortalität auch immer öfter ganz direkt mit der Neuroleptikaeinnahme in Verbindung gebracht wird. Das sind nur einige Beispiele, die Liste ließe sich weiterführen. Aber immer noch werden die meisten Betroffenen in den meisten Kliniken in Deutschland zur Neuroleptikaeinnahme gedrängt, wenn nicht sogar gezwungen.

Warum bin ich noch nie davor gewarnt worden, die Neuroleptika weiter zu nehmen? Wirklich noch nie!? Warum wird von Profi-Seite aus ausschließlich und nur einseitig vor den Folgen des Absetzens gewarnt? Warum gibt es so wenige Profis, die Betroffene auch vor der Neuroleptikaeinnahme warnen? Und zwar mindestens genauso vehement warnen, wie Betroffene vor dem Absetzen gewarnt werden? Sobald ich nur davon redete, absetzen zu wollen, wurde ich so unter Druck gesetzt, gewarnt und bedrängt, dass ich diesem enormen Druck nicht standhalten konnte. Manchmal wurde ich nicht nur zur Einnahme genötigt, sondern auch mit Gewalt dazu gebracht.

Was ich mir als Unterstützung wünsche

Was ich so dringend gebraucht hätte und noch heute brauche, lässt sich mit wenigen Worten sagen:

- objektive und umfassende Aufklärung, auch über negative Folgen der Neuroleptika, so wie das jeder Mensch, der zum Arzt wegen anderer Symptome geht, ebenso selbstverständlich erwarten kann. Noch wichtiger:
- Ermutigung zum und fürs Absetzvorhaben und dass die Helfer hinter mir stehen und das Vorhaben unterstützen.
- Konkrete Unterstützung und Hilfe für den Absetzprozess.
- Eine Absetzbegleitung, ambulant und stationär. Jede psychiatrische Klinik unterstützt dabei, Psychopharmaka hochzudosieren, kaum eine beim Absetzen.

Die Voraussetzung dafür ist für mich die Haltung zum Absetzen. Die Haltung ist das A und O bei dem Ganzen.

Ganz oft höre ich von Profis und Angehörigen, es sei einfach nicht möglich, Neuroleptika vollständig abzusetzen. Das sagen auch Menschen, die in ihren Augen erfolglos versucht haben, Menschen beim Absetzprozess zu unterstützen. Ich verstehe sehr gut, dass es sehr viel Kraft kostet, einen Menschen, der absetzt und in eine psychotische Krise gerät, emotional und tatkräftig zu unterstützen. Dieses Bemühen und diese Leistung schätze ich sehr und möchte ich auch in keinster Weise abwerten oder kleinreden. Als Ergebnis eines solchen im ersten Anlauf erfolglosen Prozesses wird aber oft resümiert, der Betroffene sei zu krank, um abzusetzen. Die Botschaft lautet: »Du bist zu krank zum Absetzen.« Damit wird das ganze Problem dem Krisenerfahrenen aufgebürdet. Was ich mir wünschen würde, wäre hier ein genaues Hinschauen, auf den vergangenen Prozess und die Ursachen des angeblichen Scheiterns.

Hinsichtlich des Scheiterns eines Absetzprozesses muss sich auch das Hilfesystem Fragen gefallen lassen, z. B. ob in der festgelegten, also limitierten Zeit das Bewältigen einer psychotischen Krise zu schaffen ist. Dem Ausheilen eines Liebeskummers werden mehrere Wochen zugebilligt, einer psychotischen Krise nicht. Wertschätzung hieße hier, den Kranken angemessen aufzufangen und auch den Helfern zur Seite zu stehen.

Einen Prozess weg von Du-Botschaften hin zu selbstkritischen Ich-Botschaften und ein Hinterfragen der eigenen Haltung würde ich gerne anregen.

Dazu gehört für mich auch das Hinterfragen von viel zitierten Sprüchen, die für mich leider nicht hilfreich sind: »So wenig Medikamente wie möglich, so viel wie nötig« oder »Die Dosis macht das Gift«. Diese Haltung hat in meinem Fall nur dazu geführt, dass ich letztendlich beim Absetzen doch wieder nicht unterstützt worden bin, weil es nach dem Ermessen der potenziellen Helfer immer schon die geringstmögliche Dosis war. Oder der falsche Zeitpunkt.

Wenn es darum ging, zu einem konkreten Zeitpunkt abzusetzen, gab es immer Gründe für die Helfer, mich darin nicht zu unterstützen. Bis ich 2010 in die Soteria Zwiefalten aufgenommen wurde und zum ersten Mal erlebte, dass mich jemand tatkräftig beim Absetzen unterstützen wollte. Wenn ich auf den optimalen Zeitpunkt gemäß den Ratschlägen der vielen anderen Profis gewartet hätte, nähme ich heute noch so hohe Dosen, die mich in solche Zustände versetzen würden, die ich zu Beginn dieses Beitrags beschrieben habe.

»Für mich ist unterm Strich, nach Abwägen aller Vor- und Nachteile, eindeutig klar: Neuroleptika schaden mir, unabhängig von der Dosierung. Der eventuelle Vorteil, dass Symptome kurzfristig zurückgehen können, steht in keinem Verhältnis dazu, dass Neuroleptika auf längere Sicht selbst zu Psychosen führen können, von den massiven angesprochenen Nebenwirkungen, Langzeitschäden und irreversiblen Veränderungen ganz zu schweigen. Für mich läuft es darauf hinaus: Etwas, das mir unterm Strich schadet, bleibt schädlich, unabhängig davon, wie hoch oder niedrig die Dosis ist. Es wird dosisabhängig vielleicht mehr oder weniger schädlich, aber es bleibt schädlich. Also macht für mich in meinem Falle die Dosis nicht das Gift, sondern Gift bleibt Gift, egal in welcher Dosierung.

Meine Haltung ist die: Was mir schadet bzw. ich als schädlich erkannt habe, lass ich weg. Diese Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika möchte ich mir und meinem Körper nicht mehr antun, egal in welcher Dosierung.

Und ich wünsche mir dann von denen, die mir wirklich helfen wollen, auch eindeutige und klare Parteinahme und klare Unterstützung des Absetzvorhabens und des Absetzprozesses. Selbsthilfegruppen kommt hier eine enorme Bedeutung zu. Ich freue mich, dass ich immer mehr reflektierte, offene und dem Absetzprozess gegenüber aufgeschlossene Menschen kennenlerne, auch Profis. Diese so notwendige Ermutigung, Unterstützung und Begleitung gibt mir Hoffnung.

Im Laufe ihres nun zehnjährigen Absetzprozesses hat Christiane Vogel die Erfahrung gemacht, dass ihr eine individuelle Minimaldosis von 0,5 mg (nicht 5 mg!) Abilify ausreicht, um frei von psychotischen Krisen leben zu können.

Warum ich Neuroleptika nehme

Klaus Gauger

Die ersten Anzeichen einer bedenklichen psychischen Entwicklung zeigten sich 1988. Damals war ich 23 und studierte an der Uni Freiburg Geschichte, Germanistik und Romanistik. In meiner Freizeit spielte ich Tenorsaxofon in

einer Band, in der mein bester Freund Pierre den Kontrabass spielte. Ich war schon seit meiner Schulzeit mit Monika zusammen, Pierre mit ihrer Schwester Andrea. Dann verliebte ich mich in Andrea und ich trennte mich von Monika, da ich schwer durcheinander war und erst mal Abstand brauchte. Wegen meines niedergedrückten Zustands ging ich zu einem Psychotherapeuten, der sich auf meinen Zustand keinen rechten Reim machen konnte. Meine Beschwerden waren unspezifisch: Ich war emotional labil und depressiv verstimmt. Meine Gedanken kreisten ständig um die unglückliche Geschichte mit Monikas Schwester.

In der Folge schaffte ich es aber, mein Studium wieder aufzunehmen, und legte im Februar 1991 auch mein Magisterexamen ab. Da ich mich aber weiterhin unwohl fühlte, begann ich wieder eine Psychotherapie. Diese konnte mir nicht wirklich helfen und mit mir ging es konstant abwärts. Es gesellten sich bald paranoide Symptome hinzu: Ich fühlte mich beobachtet und verfolgt. Bald kam die Angst hinzu, dass in den Psychotherapiezimmern Mikrofone und Minisender waren, die meine Gespräche belauschten und an Zuhörer außerhalb des Therapiezimmers weiterleiteten. Schließlich waren diese Mikrofone und Minisender in der ganzen Stadt und sogar in meinem Zimmer im Haus meiner Eltern. Im Februar 1994 verlor ich frühmorgens gegen 3.00 Uhr völlig die Kontrolle. Ich verwüstete mein Zimmer auf der Suche nach Mikrofonen und Minisendern und packte meine Mutter am Hals, als sie mich beruhigen und davon abhalten wollte. Mein Vater rief den Notarzt, der mit der Polizei kam und mich in die Psychiatrie der Freiburger Universitätsklinik brachte. Unter Androhung eines Entmündigungsverfahrens war ich bereit, einen »freiwilligen« Behandlungsvertrag zu unterzeichnen, der mich zu mindestens sieben Wochen medikamentöser Behandlung verpflichtete.

Nebenwirkungen und Restsymptome

Die Behandlung begann mit einem Becher Haldol (Wirkstoff: Haloperidol). Es handelt sich um ein hochpotentes, typisches Neuroleptikum, das schon seit Anfang der 1960er-Jahre in den europäischen Psychiatrien häufig eingesetzt wird und heute noch wegen seiner schnellen Wirksamkeit vor allem in der Akutbehandlung zum Einsatz kommt.

In meinem Verdauungstrakt schlug dieser Becher Haldol wie eine Bombe ein. Ich bekam schon nach wenigen Minuten schwere Magenkrämpfe. Aber dieser Becher Haldol war nur der Anfang. Am nächsten Tag erhielt ich mit Impromen (Wirkstoff: Bromperidol) ein weiteres hochpotentes Neuroleptikum. Auch hier bekam ich eine hohe Dosis verpasst. Ich wurde extrem müde und abgeschlagen

und schlief anschließend fast drei Tage lang ununterbrochen. Als ich wieder zu mir kam, stellten sich weitere Nebenwirkungen ein: Augenakkommodationsstörungen, die mich am Lesen hinderten, und eine quälende Sitzunruhe (Akathisie). Ich bekam in jener Zeit auch den »Robotergang«: Die typischen und vor allem die hochpotenten Neuroleptika lösen oft sogenannte extrapyramidal-motorische Störungen aus. Gegen diese sehr lästigen Störungen erhielt ich nun Akineton (Wirkstoff: Biperiden). Die Sitzunruhe und der »Robotergang« ließen nach einigen Wochen wieder nach. Auch die Augenakkommodationsstörungen vergingen. Doch ich entwickelte einen enormen Appetit, sodass ich noch in der Klinik anfing, deutlich an Gewicht zuzulegen.

Und ich fing an zu rauchen. Früher war ich nur ein Gelegenheitsraucher gewesen. Aber in der Klinik entwickelte ich ein fast schon manisches Bedürfnis, mir eine Zigarette nach der anderen anzuzünden. An manchen Tagen rauchte ich fünf Päckchen. Damals war mir nicht klar, woher diese Nikotinsucht plötzlich kam. Heute weiß ich, dass dies unmittelbar mit den Medikamenten zusammenhing. Nikotin hebt die Wirkung und Nebenwirkungen der Neuroleptika teilweise wieder auf, sodass sich die Patienten etwas besser fühlen. Daher sind viele der Patienten, die Neuroleptika einnehmen müssen, starke Raucher.

Nach ein paar Wochen durfte ich von der Klinik aus in meinen Fitnessclub gehen, in dem ich regelmäßig Krafttraining betrieben hatte. Als ich meine üblichen Gewichte auflegte, ging nichts. Ich hatte keinerlei Kraft mehr in den Armen. Schließlich wurde mir schwindlig durch die Anstrengung und der Schweiß lief mir übers Gesicht. Ich war vollkommen fertig – und verließ den Fitnessclub tief deprimiert. Ein paar Wochen später meldete ich mich ab, da die Monatsgebühr Geldverschwendung war. Vor meiner Behandlung joggte ich regelmäßig. Auch das fiel mir wegen meines Übergewichts und des Rauchens immer schwerer.

Auch meine geistige Leistungsfähigkeit litt unter der Behandlung. Noch viele Monate nach der Behandlung in der Klinik zog ich mir jeden Abend Videos von zweitklassigen Actionfilmen rein. In der Videothek in der Nähe war ich Stammkunde. Zu mehr war ich dank der heftigen Medikamente nicht in der Lage.

Tatsächlich zeigten die Neuroleptika bei mir aber auch die erwünschte Hauptwirkung: Meine Paranoia bildete sich deutlich zurück. Ein halbwegs normales Leben wurde langsam wieder vorstellbar. In den letzten Monaten vor meiner Einlieferung im Februar 1994 war es mir so dramatisch schlecht gegangen, dass objektiv kein Zweifel bestand: Ich brauchte die Medikamente. Doch die

Nebenwirkungen waren so gravierend, dass ich mich zumindest damals nur halbherzig mit der medikamentösen Behandlung abfinden konnte.

Hinzu kam, dass der Ton der Psychiater in der Freiburger Universitätspsychiatrie unempathisch und autoritär war. Ich hasste diese Klinik und die Behandlung, die ich dort erhielt, und entwickelte in der Nachfolge einen erheblichen Groll auf die Psychiatrie, was für meine zukünftige Compliance oder Adhärenz ein schlechtes Omen war.

Dennoch nahm ich die nächsten beiden Jahre regelmäßig die typischen Neuroleptika ein, insbesondere Impromen. Zusätzlich bekam ich Antidepressiva, da ich im Anschluss an die Behandlung in der Freiburger Universitätspsychiatrie in Depressionen rutschte. Die massiven Nebenwirkungen der Medikamente wirkten sich zusätzlich lähmend aus.

Ich war aber trotz der Medikamente, die ich einnahm, nicht symptomfrei. Schon im Bericht der Klinik aus dem Jahre 1994, den ich später anforderte, steht: »Bis zur Entlassung bleiben diskrete Beziehungsideen im Zusammenhang mit der Verfolgungsthematik erhalten, und es verbleibt auch bezüglich der Ereignisse des Jahres 1993 ein diskreter Zweifel, ob seine Einschätzung nicht doch der Realität entsprochen hätte«. Trotz der harten Behandlung blieb also eine Restsymptomatik erhalten. Tatsächlich sollte ich bis 2014 unter einem konstanten Beeinträchtigungswahn leiden: Ich hatte immer das Gefühl, dass mich die Leute auf der Straße kannten und mich beobachteten. Ich sah dauernd Menschen, die höhnisch piffen oder gähnten, wenn sie mich sahen. Ich blieb durch diese Restsymptomatik in ständiger Alarmbereitschaft und bewegte mich durch die Stadt wie unter Beobachtung. Ich arbeitete in den nächsten Jahren als freier Journalist und gab auch Kurse für DaF (Deutsch als Fremdsprache). Ich kam zurecht, aber die Nebenwirkungen der Medikamente machten mir zu schaffen.

Eine gewisse Besserung meines Zustands brachte das Jahr 1997. Ich war privat versichert und lebte einige Monate in Madrid, wo meine Mutter eine Wohnung hatte. Ein freundlicher Psychiater, der eine Privatklinik betrieb, stellte mich dort auf das damals noch recht neue atypische Neuroleptikum Risperdal (Wirkstoff: Risperidon) um. Das änderte zwar nichts an meiner Restsymptomatik. Dafür half mir aber das Risperdal, wieder besser arbeiten zu können. Es beeinträchtigte meine intellektuelle Leistungskraft deutlich weniger als das Impromen. Aber selbst bei einer Erhaltungsdosis von 4 mg am Tag blieben meine Wahnideen. Und auch Risperdal hat den unangenehmen Nebeneffekt, dass es den Appetit steigert. Ich legte also weiter an Gewicht zu, bis ich bei einer Körpergröße von 1,75 Metern ein Gewicht von über 120 Kilogramm erreichte. Dennoch emp-

fand ich die Einnahme von Risperdal als Fortschritt. Es löst weit weniger oft die quälenden extrapyramidal-motorischen Störungen aus und beeinträchtigt deutlich weniger die Kognition, meine Arbeit fiel mir leichter.

Im Winter 2000 konnte ich mich bei der Künstlersozialkasse versichern, die auch freien Journalisten offensteht. Ich wechselte damit von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung. Meine damalige Psychiaterin war darüber nicht erfreut, denn ein Privatpatient bringt deutlich mehr Geld als ein gesetzlich Versicherter. Doch gravierender war, dass die Ärztin mir die Risperdal-Tagesdosis auf 1 mg kürzte. Risperdal war damals ein relativ neues und teures Medikament. Meine Psychiaterin begründete diese Maßnahme damit, dass ihr laufendes Budget für Arzneimittel es nicht gestatte, mir mehr zu verschreiben. Durch diese Dosisreduktion erblühte meine Schizophrenie wieder massiv. Das Gefühl, dass irgendein »System« mich überwachte, war nie ganz weg gewesen. Unter der Minidosis von Risperdal war ich nun nicht mehr länger in der Lage, dieses Gefühl zu relativieren. Meine ursprüngliche Theorie war, dass mich Mikrofone und Minisender überwachen würden. Inzwischen kam mir diese Erklärung zu dürftig vor. Die Menschen um mich herum konnten alle meine Gespräche mitverfolgen, sie kannten sogar meine Gedanken. Nur mit Mikros und Minisendern wäre das nicht möglich gewesen. Ich hatte das übermächtige Gefühl, im Zentrum eines gigantischen Beobachtungs- und Überwachungsnetzes zu sein – und alle Menschen in meiner Umgebung, auch meine engen Freunde und meine Familie, aber auch alle Bewohner meiner Stadt, waren Agenten dieses Netzes. Meine gedankliche Produktion war dabei Teil eines »global brain« – eines kybernetischen Netzes, das die Gehirne der Menschen verband. Die Technologie dahinter waren in meiner Vorstellung gedankenlesende und gedankenübertragende Wellen, die von Zentralcomputern ausgestrahlt und auch wieder von ihnen empfangen und decodiert wurden.

Meiner Psychiaterin erzählte ich von dieser Theorie nichts. Stattdessen flüchtete ich nach Madrid und ließ mich dort von eben jenem Psychiater behandeln, der mich 1997 auf Risperdal umgestellt hatte. Er erhöhte die Dosis Risperdal massiv auf 12 mg, und mein Wahn klang während dieses dreimonatigen Aufenthalts in Madrid deutlich ab. Im noch nicht ausgeheilten Zustand flog ich nach Freiburg zurück. Ich ging zu meiner Freiburger Psychiaterin und da ich aufgrund der Medikamente schon etwas Abstand zu meinen Gedanken und Gefühlen gewonnen hatte, wagte ich es, ihr davon zu berichten. Kaum hatte ich ausgedet, griff die Ärztin zu einer Depotspritze mit einem typischen Neuroleptikum, wies mich an, mich freizumachen, und injizierte mir das Medikament in den Hintern. Noch in derselben Nacht erlitt ich eine heftige Panikattacke,

wahrscheinlich eine Reaktion auf die Spritze. Hektisch schluckte ich etliche Risperdal-Tabletten und fuhr mit meinem Motorroller in die psychiatrische Klinik. Dort verfrachtete man mich nach einem kurzen Gespräch mit einem diensthabenden Psychiater in einen Ambulanzwagen und fuhr mich ins psychiatrische Zentrum nach Emmendingen. Am Morgen darauf hatte sich meine Panik gelegt. Die Depotdosis des typischen Neuroleptikums brachte mich aber in den nächsten Monaten völlig durcheinander. Die Wirkung war niederschmetternd. Ich war in der Folge intellektuell so eingeschränkt, dass ich im Herbst 2001 meine DaF-Kurse absagen musste.

Dies war meine erste Erfahrung mit einer radikalen Dosisreduktion von Neuroleptika, die entsprechend katastrophal ausging. Tatsächlich rutschte ich auch bei späteren Gelegenheiten bei einer deutlichen Dosisreduktion unweigerlich wieder in die paranoide Schizophrenie.

Die nächsten fünf Jahre waren von einer relativen psychischen Stabilität gekennzeichnet. Ich nahm wieder Risperdal, in der Dosis von 4 mg. Allerdings: Obwohl ich in jenen Jahren mehrmals den Jakobsweg abließ, legte ich immer weiter an Gewicht zu. Gegen den Heißhunger, den Risperdal auslöst, war kein Kraut gewachsen. Weitere Nebenwirkungen wie Müdigkeit und eine verringerte sexuelle Potenz erhöhten meinen Leidensdruck. Und auch die Restsymptomatik blieb bestehen.

Um die Nebenwirkungen zu reduzieren, begann ich im Jahre 2007 auf eigene Faust, meine Dosis Risperdal zu reduzieren, von 4 mg auf 2 mg täglich, und meine Psychose flammte wieder kräftig auf. Wieder steigerte ich mich in meinen nie völlig erloschenen Verfolgungswahn hinein. Ich machte den Chefarzt der Freiburger Universitätspsychiatrie, der mir im Jahre 1994 die harte Behandlung aufgezwungen hatte, zum Sündenbock für meinen Zustand und steigerte mich immer mehr in den Gedanken hinein, dass er der Hauptschuldige an meinem Elend war. Ich bombardierte ihn von 2007 bis 2010 mit meist beleidigenden und zugleich irrwitzigen Briefen. Trotz dieser Briefe waren die Jahre zwischen 2007 und 2010 nicht nur fruchtlose Jahre des Irrsinns. Mein Wahn war durchaus partiell. Meine kognitive Leistungsfähigkeit war jenseits dieser Wahnvorstellungen nicht beeinträchtigt. Ich führte ein vergleichsweise unauffälliges, geordnetes Leben im Haus meiner Eltern und absolvierte erfolgreich das Erste Staatsexamen an der Freiburger Uni und ein Referendariat an einem Freiburger Gymnasium. Auch meine Gefühle waren im Wesentlichen normal, solange sie nicht die neuralgischen Punkte der technischen Überwachung und der Verfolgung durch den Chefarzt der Freiburger Universitätspsychiatrie betrafen.

Doch ab dem Herbst 2010 verselbstständigte sich mein Wahn komplett und so kam es, dass ich im November 2010 in das Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen zwangseingewiesen wurde. Allerdings war die Behandlung mit Abilify (Wirkstoff: Aripiprazol) und Seroquel (Wirkstoff: Quetiapin) nicht erfolgreich. Ich wurde zwei Monate später wieder entlassen, ohne dass meine Wahnideen verschwunden waren oder doch von mir als Wahn erkannt wurden. Noch im November 2010 hatte ich mit dem Aufbau eines Blogs im Internet begonnen. Wegen meines Blogs glaubte ich bald, ein global einflussreicher, kybernetisch vernetzter »Gehirnblogger« zu sein, dessen Arbeit von hoher Bedeutung für die Zukunft der Weltpolitik war. Eines meiner Hauptthemen war die Euro-Krisenpolitik, und da ich in meinem Blog die Arbeit von Angela Merkel und Wolfgang Schäuble stark kritisierte, entwickelte ich bald die Überzeugung, dass diese beiden mir in Verbund mit den deutschen Geheimdiensten das Handwerk legen wollten. Anfang Januar 2013 startete ich meine panische Flucht aus Freiburg. Über Brüssel, Calais, London und Paris floh ich nach New York und wieder zurück. Meine Eltern hatten eine Vermisstenanzeige bei der Interpol aufgegeben. Letztlich landete ich nach zwei Wochen rasender Flucht wieder im Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen.

Diesmal war ich allerdings freiwillig in der Klinik: Ich hatte mich selbst eingewiesen. Juristisch war dies ein bedeutender Unterschied. Bei der ersten Einweisung wurde ich als Fall von Fremdgefährdung eingeschätzt. Jetzt hatte ich mich selbst in das psychiatrische Zentrum geflüchtet, weil ich Schutz vor imaginären Attentätern suchte. Ich war verwirrt, aber ich gefährdete niemanden. Der Chefarzt des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen hatte diesmal keine rechtliche Handhabe, um eine Behandlung gegen meinen Willen durchzuführen. Seine Versuche, meine Medikamentendosis zu erhöhen, blockte ich ab. So kam es schließlich, dass ich während meines zweiten Aufenthalts dort bei meiner abendlichen Dosis von 200 mg unretardiertem Seroquel blieb. Meine Wahnideen blieben auch.

Als ich nach meiner Entlassung wieder in das Haus meiner Eltern zurückkehrte, schmiedete ich weiterhin Fluchtpläne. Schließlich flog ich Mitte November 2013 nach San Francisco. Ich wollte meinen Fall mit den Therapeuten des Mental Research Institute in Palo Alto besprechen. Aber auch am Mental Research Institute in Palo Alto kam ich natürlich mit meinem wahnhaften Anliegen nicht weiter. Die Therapeutin, die mit mir redete, legte mir vielmehr nahe, dass ich an paranoider Schizophrenie litt. Ich wollte mich mit diesem Ergebnis meiner Reise nicht abfinden. Ich reiste daraufhin kreuz und quer durch die USA, wobei das Strickmuster meiner Erfahrungen immer das gleiche war: An

einem Ort angekommen, fühlte ich mich eine kurze Zeit wohl, bis die Paranoia wieder zuschlug und mich weitertrieb, bis ich Mitte Februar endlich wieder in London landete.

Meine Eltern hatten mich auf der wilden Reise durch die USA finanziell unterstützt, um Schlimmeres zu vermeiden. Aber in London angekommen, drehten sie mir sofort den Geldhahn zu, um zu verhindern, dass ich wieder den europäischen Kontinent verließ. Schließlich landete ich in der Wohnung meiner Mutter in Madrid, wo ich mich mehrere Monate einigelte, bis mich die Paranoia durch Spanien trieb. Ende Juni schließlich wies ich mich selbst in die psychiatrische Abteilung des »Hospital General San Jorge von Huesca ein. Meine Paranoia hatte mittlerweile aberwitzige Dimensionen erreicht, zunehmend wurde ich auch von schweren optischen Halluzinationen gequält.

Der leitende Oberarzt in jener psychiatrischen Abteilung führte regelmäßig Gespräche mit mir, in denen er mich davon überzeugen wollte, Medikamente zu nehmen. Genau wie der Chefarzt vom Emmendinger Psychiatrischen Zentrum empfahl auch er mir Abilify, denn ich war ja stark übergewichtig. Ich sagte dem freundlichen spanischen Oberarzt, dass Abilify mich nervös mache und mir in der Vergangenheit nicht viel gebracht habe. Daraufhin schwenkte er auf ein Medikament um, das ich noch nicht kannte: Xeplion, die intramuskuläre Depotform des Wirkstoffs Paliperidon, die in Form einer Injektion verabreicht wird und alle vier Wochen erneuert werden muss. Man wollte mir also eine Depotspritze verpassen. Ich lehnte ab. Nach ungefähr einer Woche Aufenthalt gab es ein Gespräch zwischen mir, dem Oberarzt und einem Richter aus Huesca. Zwei Tage später bat mich der spanische Psychiater wieder zum Gespräch. In freundlichem Ton teilte er mir mit, dass er einen Gerichtsbeschluss vorliegen habe, der meine Weiterbehandlung in Madrid für einen Zeitraum von einem halben Jahr vorsah. Allerdings könne er mir eine Alternative anbieten: Es käme auch die Xeplion-Spritze infrage, dann würde die Weiterbehandlung in Madrid viel kürzer ausfallen.

Nach meinen anstrengenden Fluchten war ich zutiefst erschöpft. Ich hatte keine Kraft mehr, Widerstand zu leisten. Ich antwortete: »Gut, dann geben Sie mir die Spritze. Ich möchte nicht so viel Zeit in einer Klinik verbringen.«

Am nächsten Tag erhielt ich meine erste Depotspritze. Ungefähr zehn Tage später war mein Wahn schon sehr deutlich abgeklungen. Ich hatte keinerlei optische Halluzinationen mehr, und das Gefühl, dass ich kybernetisch über mein Gehirn vernetzt war, war völlig verschwunden. Ich wurde dann noch ungefähr einen Monat lang in einer psychiatrischen Klinik in Madrid weiterbehandelt, bis sich mein Zustand völlig stabilisiert hatte und ich endgültig entlassen werden

konnte. Zum ersten Mal seit zwanzig Jahren war ich völlig symptomfrei, ohne jegliche Restsymptomatik.

Meine Bilanz

Fünf Jahre sind seitdem vergangen. Die paranoide Schizophrenie hat sich nie wieder zurückgemeldet, sodass ich jetzt die Hoffnung habe, dass ich diese Krankheit nicht zuletzt dank der adäquaten medikamentösen Therapie wenn nicht besiegt, dann doch in ihre Schranken gewiesen habe. Mittlerweile bin ich von Xeplion auf Abilify umgestiegen, weil hier das Nebenwirkungsprofil gerade hinsichtlich der Gewichtszunahme günstiger ist. Zusätzlich nehme ich noch das Antidepressivum Sertralin, in einer Tagesdosis von 100 mg. Mit dieser Kombination fahre ich wirklich gut, fühle mich vor der paranoiden Schizophrenie geschützt und habe genug Antrieb und Lebenslust, um meinen Alltag bewältigen zu können.

Natürlich habe ich durch die Krankheit enorme Verluste erlitten: Ich konnte keine Karriere machen, habe keine Familie gegründet und ein Haus gebaut oder sonstige Ersparnisse oder auch nur eine vernünftige Rente erzielen können. Doch immerhin bin ich jetzt geistig völlig gesund und meine derzeitige Tätigkeit als Genesungshelfer im Zentrum für Psychiatrie Emmendingen macht mir Spaß.

Blicke ich also auf meine Erfahrungen mit den Medikamenten zurück, fällt die Bewertung eher durchwachsen aus: Zwar haben mir die Medikamente ein Leben abseits der früher üblichen geschlossenen Anstalten ermöglicht, doch sie hatten auch sehr bedenkliche Nebenwirkungen, die meine Lebensqualität lange sehr beeinträchtigt haben. Durchschlagenden Erfolg hatten die Medikamente bei mir erst spät. Woran das liegt, darüber kann man nur spekulieren. Tatsache ist jedenfalls, dass ich mich jetzt in einem Zustand befinde, in dem meine Erkrankung offensichtlich gut behandelbar ist. Die Nebenwirkungen halten sich bei mir zurzeit in Grenzen und ich kann auch aktiv gegensteuern, z. B. mit gesünderer Ernährung und Sport gegen die Gewichtszunahme.

Was die Dosierung der Medikamente angeht, so bewege ich mich bewusst im oberen therapeutischen Wirkungsbereich, um auf Nummer sicher zu gehen. Das gilt vor allem für Abilify, dessen therapeutischer Bereich bei 100 – 350 µg/l liegt. Ich lasse den Medikamentenspiegel bei mir regelmäßig untersuchen und er befindet sich bei einer Einnahme von 20 mg Abilify bei ungefähr 300 µg/l.

Die Medikamente sind natürlich kein Allheilmittel. Ich gehe noch regelmäßig zu einem Psychotherapeuten, da auch Gespräche der notwendigen Aufarbei-

tung meiner Erfahrungen und der Entwicklung von Zukunftsperspektiven dienen. Ich bin jetzt 54 Jahre alt und kann trotz meines in der Vergangenheit oft verzweifelten Kampfes gegen die Erkrankung und auch die Nebenwirkungen der Medikamente mit Gelassenheit und auch einer gewissen Zuversicht in die Zukunft blicken. Dafür bin ich dankbar.

Klaus Gauger hat seine Geschichte in einem Buch beschrieben: »Meine Schizophrenie«. Es ist 2018 im Herder Verlag erschienen.

Die Behandlerperspektive

Jann E. Schlimme

Alle Substanzen, die im Rahmen der medizinischen Heilkunst verordnet werden können, sind Arzneimittel (= Pharmaka). Alle diejenigen Arzneimittel, die unsere Erfahrung bzw. unser Bewusstsein (= seelisches Leben bzw. Psyche) aktiv beeinflussen, gelten als Psychopharmaka. Es gibt jedoch kulturspezifische Ausnahmen. So gilt Alkohol nicht mehr als Arzneimittel, obwohl es dies bis vor gut hundert Jahren noch tat. Manche Namen von hochprozentigen Getränken drücken dies noch aus (lat. Aquavit = gäl. uisge beatha (Whiskey) = Wasser des Lebens). Auch viele Opiate, die als Arzneimittel eingesetzt werden können und als solche auf den Markt kamen, gelten in manchen Kulturzusammenhängen als Drogen (z. B. Heroin). Aus meiner Sicht ist eine Unterscheidung zwischen Drogen und Psychopharmaka wenig sinnvoll, da diese nur eine kulturelle Bewertung widerspiegelt, die ihrerseits fragwürdig ist (vgl. MONCRIEFF 2008). Vielmehr gilt, die Wirkungen dieser Substanzen im menschlichen Körper und auf unser seelisches Leben genau zu verstehen, bevor wir über den Umgang mit Psychopharmaka sprechen.

Es ist eine alte Menschheitserfahrung, dass wir uns selbst durch psychoaktive Substanzen verwandeln können. Dies ist zumeist auf veränderte Bewusstseinszustände bezogen. So kennt jede menschliche Kultur das Phänomen des Rauschs. Dies hat typischerweise rituelle Einbindung erfahren. Die rituelle Einbindung reguliert vor allem das »Berauschtsein«. Dabei steht der tägliche oder ungehemmte Konsum berauschender Substanzen häufig einem sozialen Funktionieren entgegen. Rituelle Einbindung ist auch heutzutage der sicherste Schutz vor einem ungehemmten Gebrauch von berauschenden Substanzen. In unserem Kulturraum zeigt sich dies besonders an der Einbindung des Alkoholkonsums, der von jeder Generation neu gelernt und dabei auch streckenweise verändert wird. Viele Rituale verhindern einen täglichen oder

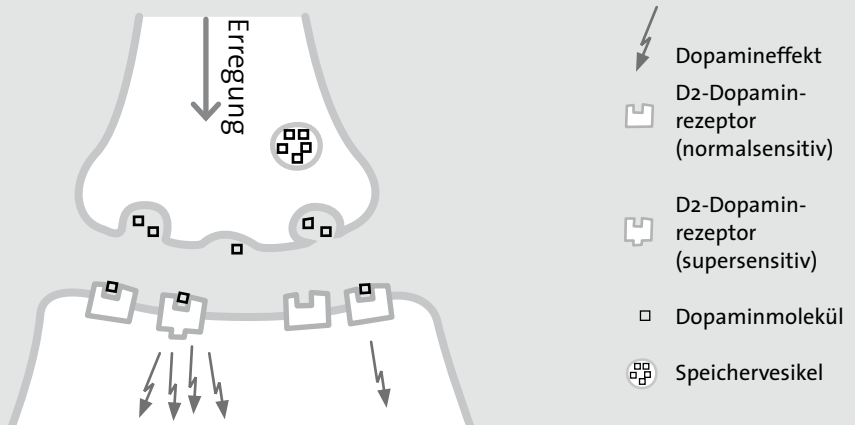
mehrmals wöchentlichen Konsum oder begrenzen die konsumierte Substanzmenge.

Nicht wenige Rituale funktionieren über das Merkmal des Besonderen und Außergewöhnlichen. Sie treten nur in bestimmten Lebensabschnitten oder unter bestimmten Bedingungen auf. Beispielsweise trinkt jemand nur am Sonntag Alkohol, raucht nur zu Silvester einen Joint, nutzt nur im Falle krisenhafter Schlaflosigkeit ein Beruhigungsmittel oder isst nur zur Zeit der Sommersonnenwende Pilze mit Psilocybin. Im Falle des täglichen Konsums verändert sich die Qualität eines Rituals, da es seinen Status des Besonderen weitgehend einbüßt. Die Nutzung der Substanz ist dann ein fester Bestandteil im Alltag – wenn auch oftmals nur für eine bestimmte Zeit. Nicht selten werden beispielsweise Opiate als Schmerzmittel oder Neuroleptika als Antipsychotika nur für einige Wochen verschrieben. Manchmal werden Psychopharmaka aber auch über Jahre verordnet und genommen. Dann gräbt sich das Ritual tief in das seelische Leben ein und wird oftmals schon als Ritual vermisst. So wie jemand, der das Rauchen beendet und deshalb mit seinem Pausenmanagement durcheinandergerät. Er muss dies dann erst neu lernen.

Im Falle von ärztlich verordneten Medikamenten werden diese sehr unterschiedlichen kurzfristigen, einnahmebedingten rituellen Effekte etwas unspezifisch unter dem Begriff Placeboeffekt zusammengefasst. Bei manchen Arzneimitteln ist dieser Effekt so bedeutsam, dass alle anderen Wirkungen dahinter zurücktreten, z. B. bei sogenannten homöopathischen Rezepturen, die außer einer alkoholfreien Lösung keine wirksame Substanz enthalten.

Auch wenn wir in der psychosozialen Hilfe Tätigen üblicherweise keine Schamanen sind, die mit den von ihnen begleiteten Personen Rituale vor dem Hintergrund einer mythischen Weltanschauung vollziehen, dürfen wir diesen Placeboeffekt – und auch die anderen psychosozialen Effekte der Medikamenteneinnahme – nicht außer Acht lassen. Er ist sogar wirksam, wenn wir darüber informiert sind, dass wir ein Placebo nutzen. Gleichzeitig gibt es neurobiologische Modelle, die die Erfahrungen der Selbstverwandlung durch psychotrope Substanzen biologisch nachvollziehbar machen. Es sind komplizierte Modelle, die wir vereinfachen müssen, wenn wir sie im Alltag nutzen möchten. Solche Modelle arbeiten ihrerseits mit Modellen von Nervenzellen, Nervenzellverbindungen (= Synapsen), Botenstoffen (= Neurotransmittern), Anlegestellen für diese Botenstoffe (= Rezeptoren) sowie Transport- und Produktionsstätten (z. B. Wiederaufnahmetransporter) dieser Neurotransmitter und Rezeptoren (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1 Dopaminerge Synapse bei psychotischem Erleben
(SCHLIMME u. a. 2019, 47)



Bei solchen Vereinfachungen gehen regelhaft wichtige Dynamiken verloren, die gerade bei täglicher Nutzung psychotroper Substanzen relevant sind. Schließlich verändern sich Synapsen, wenn sie täglich mit spezifisch wirkenden Substanzen geflutet werden. Die stete Blockade von Rezeptoren führt zur Vermehrung der Rezeptoren (= gesteigerte Rezeptordichte) und oftmals auch zur vermehrten Ausbildung von besonders empfindlichen Rezeptoren (= supersensitivierter Rezeptorzustand). Dies macht insofern Sinn, als die Rezeptorblockade die Synapse ja in ihrer Funktion behindert. Aber auch der umgekehrte Fall ist nachvollziehbar, zielen doch biologische Prozesse auf Ausgleich und Gleichgewicht (= Homöostase). Eine stete Aktivierung oder Sensitivierung von Rezeptoren führt entsprechend zur Verringerung der Rezeptoranzahl (= verringerte Rezeptordichte) und oftmals auch zur vermehrten Ausbildung von besonders unempfindlichen Rezeptoren (= desensitivierter Rezeptorzustand). Solche Anpassungsprozesse der Nervenzellen geschehen manchmal sehr rasch, manchmal nur sehr langsam. Sie sind von Mensch zu Mensch und von Substanz zu Substanz sehr verschieden.

Psychopharmaka-Typen und Wirkungen

In der Psychiatrie sind verschiedene Substanzklassen in Gebrauch. Sie werden üblicherweise in drei Substanzklassen unterteilt: Antidepressiva, Neuroleptika (Antipsychotika) und Beruhigungsmittel.

Auf die Phasenprophylaktika kann an dieser Stelle leider nicht eingegangen werden, sie stellen eine besondere Klasse von Substanzen dar, die mit Lithium und Valproat sowie Lamotrigin sehr unterschiedliche Wirkwege haben.

Antidepressiva

Antidepressiva werden nicht nur, wie der Name vermuten lässt, bei Depressionen, sondern auch bei einigen anderen Störungen wie Ängsten und Zwängen eingesetzt. Je nach Wirkmechanismus kann man verschiedene Gruppen unterscheiden.

SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer → Hier blockiert der Wirkstoff die Funktion der prä- und postsynaptischen Wiederaufnahmepumpen des Botenstoffs Serotonin, die diesen Botenstoff aus dem synaptischen Spalt extrem rasch wieder entfernen.

Beispiele: Citalopram, Sertralin.

SNRI = Selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer → Hier blockiert der Wirkstoff die Funktion der prä- und postsynaptischen Wiederaufnahmepumpen der Botenstoffe Serotonin *und* Noradrenalin, die diese Botenstoffe aus dem synaptischen Spalt extrem rasch wieder entfernen.

Beispiele: Venlafaxin, Duloxetin.

TZA = Trizyklische Antidepressiva → Hier blockiert der Wirkstoff die Funktion der prä- und postsynaptischen Wiederaufnahmepumpen der Botenstoffe Serotonin *und* Noradrenalin *und* Dopamin, die diese Botenstoffe aus dem synaptischen Spalt extrem rasch wieder entfernen.

Beispiele: Amitriptylin, Trimipramin.

Die Blockade der Wiederaufnahmepumpen führt zu sekundären Anpassungseffekten, die die eigentliche Wirkung dieser Wirkstoffe darstellen und zu den klinisch beobachtbaren Effekten führen.

Subjektive Effekte und erwünschte Wirkungen

Stärkere Distanz zu den eigenen Gefühlen, geringere Intensität negativer Gefühle wie Angst und Selbstvorwürfe sind die am meisten berichteten erwünschten Effekte bei der Nutzung von Antidepressiva. Es werden aber auch unerwünschte Effekte auf das Gefühlsleben berichtet: geringere Intensität positiver Gefühle wie Freude sowie langfristig oftmals das Gefühl der Abstumpfung, des Distanziertseins und Unlebendigseins. Zugleich erleben sich die Betroffenen als »sozial funktionierend«. Manche Antidepressiva (SSRI, SNRI) machen die Patientinnen und Patienten unruhig und aktivieren insbesondere in den ersten Wochen der Einnahme, während andere müde und schläfrig machen.

In den Studien erweisen sich Antidepressiva als nur geringgradig wirksam. Ihre Effekte auf die Intensität des depressiven Erlebens sind zwar statistisch signifikant, das Ausmaß ist aber von klinisch fragwürdiger Relevanz (CIPRIANI u. a. 2018; JACOBSEN u. a. 2017). Zudem gibt es diese geringe Besserung nur bei wirklich schweren Depressionen (PIGOTT 2011). Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen profitieren demnach nicht von der Einnahme von Antidepressiva (FOURNIER u. a. 2010). Subjektive Unterschiede sind vorstellbar.

Unerwünschte Wirkungen

Bis zu 80 % der Patientinnen und Patienten, die Antidepressiva einnehmen, beklagen als Nebenwirkungen sexuelle Funktionsstörungen wie Impotenz und Anorgasmie (MONTEJO u. a. 2001; SERETTI, CHIESA 2009). Entzugssymptome beim Reduzieren und Absetzen von Antidepressiva können bei durchschnittlich 56 % der Nutzerinnen und Nutzer auftreten; bei 46 % davon sind die Symptome schwerwiegend (DAVIES, READ 2018). Knapp 10% erleiden Herzrhythmusstörungen. Bei einigen Antidepressiva sind Gewichtszunahme und Gefühllosigkeit häufig, das Risiko, starke Blutungen zu erleiden, ist deutlich erhöht. Bei vielen Patienten treten Schwindelgefühle auf, die bei älteren Menschen zu Stürzen und Knochenbrüchen führen können.

Konsequenzen für die Behandlungssituation

Angesichts der beschriebenen Wirkungen könnte man annehmen, dass Antidepressiva bei Menschen mit schweren depressiven Verstimmungen – und nur bei diesen – sinnvoll sind. Aber auch bei diesen ist zu bedenken, dass die Nutzung von Antidepressiva als Risikofaktor für das Wiederauftreten depressiver Verstimmungen im mehrjährigen Langzeitverlauf gilt (HENGARTNER u. a. 2018; TEN HAVE u. a. 2019). Der Einsatz ist also nur dann sinnvoll, wenn wirklich alle anderen psychosozialen und therapeutischen Maßnahmen ausgeschöpft worden sind. Diese Fälle schwerster depressiver Verstimmungen gibt es, sie sind aber sicher viel seltener, als der massenhafte Einsatz von Antidepressiva vermuten lassen würde.

Neuroleptika

Als Mittel gegen Psychosen werden Neuroleptika häufig als Antipsychotika bezeichnet. Ihnen allen gemeinsam ist die Blockade der Dopamin-Rezeptoren. Dopamin ist u. a. für Motivation, Aufmerksamkeit und Konzentration mitverantwortlich. Bei den neueren Neuroleptika werden auch andere Neurotransmitter angesprochen.

Traditionelle Neuroleptika → mit primär dopaminerger Blockade. Sie stellen die erste Generation von Antipsychotika dar.

Beispiele: Fluanxol, Fluphenazin, Haloperidol.

Neuere Neuroleptika → oder auch die zweite Generation von Antipsychotika, manchmal auch fälschlich als Atpika bezeichnet.

Beispiele: Amisulprid (eigentlich klassisches Neuroleptikum, da selektive D-2-Rezeptor-Blockade), Quetiapin (eher schwache serotonerge und dopaminerge Blockade, imponiert klinisch wie ein niedrigpotentes Neuroleptikum, welches jedoch in hohen Dosen eingesetzt werden kann), Olanzapin (zusätzlich starke Histamin-1-Rezeptor-Blockade, was zu Müdigkeit führt), Risperidon, Ziprasidon (alle stärkere serotonerge *und* dopaminerge Blockade).

Atypische Neuroleptika → mit ungewöhnlicher Wirkungsweise, die untypisch (»atypisch«) für Neuroleptika nicht zu früh einsetzenden motorischen Nebenwirkungen führen. Beispiele: Clozapin (das klassische atypische Neuroleptikum; starke 5-HT₂-, D-1- und Muscarin-Rezeptor-Blockade; zusätzlich starke Histamin-1-Rezeptor-Blockade, was zu Müdigkeit führt), Aripiprazol, Cannabidiol (blockieren im unteren Dosispektrum nur die supersensitiven D-2-Rezeptoren). Allerdings ist Cannabidiol (Stand Frühjahr 2020) noch nicht für die Indikation »Psychotische Störung« zugelassen, eine Kostenübernahme ist nur als individueller Heilversuch auf individuellen Antrag durch die Krankenkasse möglich.

Subjektive Effekte und erwünschte Anwendungswirkungen

Die meisten Nutzerinnen und Nutzer von Neuroleptika berichten einen Effekt von emotionaler Distanzierung, eine Art »künstliches dickes Fell« zwischen sich und ihrer Umwelt. In akuten psychotischen Phasen ist dies oftmals hilfreich, da die Welt derart bedeutungsschwanger und eindringlich geworden ist, dass mehr Distanz einfach guttut. Häufig, aber nicht immer und nicht verlässlich, hat dies einen abschwächenden Effekt auf sogenannte Positivsymptome, was beispielsweise als ein »Leiserdrehen der Stimmen« erfahren werden kann.

Diese meist erwünschten Wirkungen werden allerdings nicht selten teuer erkaufte: Die Betroffenen empfinden sich zu stark abgeschottet (»wie ein Zombie«, »chemische Mauer«) oder erleiden andere unerwünschte Wirkungen, die sie einschränken und behindern (motorische, affektive und Antriebseffekte). Alle diese Wirkungen werden in den Erfahrungsberichten dieses Buchs genau beschrieben. Aufgrund dieser Melange aus erwünschten und unerwünschten Wirkungen sind Neuroleptika im mittelfristigen Mehrmonatsverlauf nur bei einem Sechstel

der Nutzerinnen und Nutzer wirklich hilfreich (vgl. LEUCHT u. a. 2012; LEVINE, RABINOWITZ 2010).

Unerwünschte Wirkungen

Bei Neuroleptika mit einer starken Blockade der Dopamin-2-Rezeptoren (z. B. Amisulprid, Haloperidol, Risperidon) herrschen motorische Nebenwirkungen vor. Auch sind ein Anstieg des Prolactin-Spiegels mit nachfolgenden Störungen der sexuellen Funktions- und Erlebnisfähigkeit sowie gegebenenfalls Milchfluss häufig. Diese Effekte sind eindeutig dosisabhängig, wobei manche Personen bestimmte Substanzen auch in ganz kleinen Dosen nicht ohne diese Nebenwirkungen nutzen können. Neuroleptika mit einer (zusätzlich) starken Blockade von serotonergen Rezeptoren (z. B. Olanzapin, Quetiapin, Risperidon) haben vermehrt metabolische Nebenwirkungen mit Gewichtszunahme (DE HERT u. a. 2011; s. Abbildung 2).

➔ **Abbildung 2 Risiken für ein metabolisches Syndrom und Gewichtszunahme bei häufig gebrauchten Neuroleptika**
(SCHLIMME u. a. 2019, 163)

Hohes Risiko eines metabolischen Syndroms	Geringes Risiko eines metabolischen Syndroms
Chlorpromazin (Megaphen®)	Aripiprazol (Abilify®)
Clozapin (Leponex®)	Haloperidol (Haldol®)
Olanzapin (Zyprexa®)	Ziprasidon (Zeldox®)
Quetiapin (Seroquel®)	
Amisulprid (Solian®)	
Risperidon (Risperdal®)	
Häufig deutliche Gewichtszunahme (> 10 kg Körpergewicht)	Häufig moderate Gewichtszunahme (5 bis 10 kg Körpergewicht)
Quetiapin (Seroquel®)	Amisulprid (Solian®)
Risperidon (Risperdal®)	Aripiprazol (Abilify®)
Chlorpromazin (Megaphen®)	Fluphenazin (Fluanxol®)
Clozapin (Leponex®)	Haloperidol (Haldol®)
Olanzapin (Zyprexa®)	Ziprasidone (Zeldox®)

Im Langzeitverlauf einer Neuroleptikabehandlung ist die Gewichtssituation der betreffenden Person ein nicht zu unterschätzendes Problem. Bei einem Body-Mass-Index von über 30 kg/m² besteht ein dreifach erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Atemwegs- und Lungenbeschwerden, ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten und Bluthochdruck und ein ein- bis zweifach erhöhtes Risiko für Geschlechtshormonstörungen sowie bestimmte Krebsformen. Allgemein besteht statistisch bei langjähriger Einnahme von Neuroleptika ein erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Herztod und eine Verkürzung der Lebensdauer um ca. zwanzig Jahre. Manche Neuroleptika haben zudem eine starke Wirkung auf den Serotonin-2-Rezeptor (5-HT_{2A}), was ungünstig hinsichtlich der Provokation einer erhöhten Stressanfälligkeit sein kann. Problematisch sind also insbesondere die Langzeiteffekte von Neuroleptika.

Konsequenzen für die Behandlungssituation

Betrachtet man die erwünschten und unerwünschten Wirkungen zusammen, würde man erwarten, dass Neuroleptika nicht sofort und regelhaft in psychotischen Krisen eingesetzt werden sollten, sondern mit dem Einsatz zumindest einige Tage oder Wochen abgewartet werden muss. Ausnahmen könnten diese Regel bestätigen, beispielsweise wenn jemand durch Positivsymptome, z. B. imperative Suizidstimmen, sehr gequält ist und selbst nach einem »dicken künstlichen Fell« verlangt und Benzodiazepine dies nicht leisten können. Psychosoziale Maßnahmen hätten jedenfalls Vorrang. Auch würde man annehmen, dass der kurzzeitige Intervalleinsatz von Neuroleptika seitens der Behandelnden bevorzugt werden müsste. Wiederaufflackernde Beschwerden im Reduktions- oder Absetzprozess könnten durch alternative psychosoziale Maßnahmen und Techniken bewältigt werden.

Bei langfristiger Nutzung wäre erwartbar, dass seitens der Behandelnden aktiv möglichst niedrige Dosen angestrebt werden. Reduktionsprozesse nach längerer Neuroleptikanutzung (länger als ein Vierteljahr) sind oftmals mühsam und langwierig (SCHLIMME u. a. 2019). Vielleicht ist aber gerade deshalb dieses leitliniengerechte Vorgehen derzeit nicht die Regel, obwohl die Verlässlichkeit der Medikamenteneinnahme (= Compliance) dadurch sicher erhöht werden könnte. Dies würde auch einem schlagartigen oder jedenfalls extrem raschen Absetzen der Neuroleptika und damit den oft sehr dramatisch verlaufenden Absetz- bzw. Supersensitivitätspsychosen entgegenwirken.

Beruhigungsmittel

Beruhigungs- und Schlafmittel docken an einen speziellen Baustein des GABA-A-Rezeptors in der Großhirnrinde und dem Kleinhirn an. Sie erhöhen die Frequenz, mit der sich der Kanal bei gleichzeitiger Anwesenheit von GABA (= Botenstoff dieser Synapse) öffnet. GABA vermittelt hemmende Effekte, was sich plastisch am besten durch die krampfhemmende bzw. krampflösende Wirkung dieser Substanzen bei epileptischen Anfällen verstehen lässt. Benzodiazepine und Psychopharmaka der Z-Linie sind dabei nur bei gleichzeitiger Anwesenheit des Originalbotenstoffs wirksam, weshalb sie auch als inverse Agonisten bezeichnet werden.

Beispiele für Beruhigungsmittel: Benzodiazepine: Diazepam, Lorazepam
Psychopharmaka der Z-Linie: Zolpidem, Zopiclon

Analoge Effekte am Rezeptor gibt es durch Valproat und Lamotrigin, wobei diese Effekte weniger rasch und weniger stark sind, weshalb sie sich nicht zur raschen Entängstigung in Krisensituationen eignen. Außerdem sind es nicht die einzigen Effekte dieser Substanzen.

Subjektive Effekte und erwünschte Wirkungen

Beruhigung und Entängstigung, Müdigkeit und Schläfrigkeit – diese Effekte setzen in der Regel rasch innerhalb von einer halben Stunde nach der oralen Einnahme ein.

Unerwünschte Wirkungen

Die Müdigkeit führt oft zu kognitiven Einschränkungen, was insbesondere in höherem Alter problematisch ist (Gefahr des Delirs bzw. Verwirrheitszustands). Muskelentspannung ist im Rahmen von Muskelverspannungen (z. B. beim »Hexenschuss«) eine erwünschte Wirkung. Im Falle des Einsatzes in seelischen Krisen könnte darauf jedoch gut verzichtet werden, denn die Entspannung der Muskulatur kann die Sturzgefahr erhöhen. Außerdem ist die rasche Gewöhnung an die Substanzen innerhalb von ein, zwei Monaten problematisch.

Konsequenzen für die Behandlungssituation

Man könnte denken, dass Benzodiazepine bei psychischen Krisen das Mittel der ersten Wahl sind. Sie haben rasche und verlässliche Effekte der Entängstigung und Müdigkeit. Nachteilig sind kognitive Einschränkungen, die unter Benzodiazepinen regelhaft erlebt und beobachtet werden. Dies kann dazu

beitragen, dass die Betroffenen die Medikamente nur kurzzeitig nutzen wollen.

Ein weiterer Vorteil dieser Medikamente ist, dass die ärztlich Behandelnden und die Nutzenden das Risiko der Abhängigkeit kennen. Sie tendieren deshalb dazu, diese Medikamente nur zurückhaltend einzusetzen. Aus meiner Sicht geht diese Zurückhaltung derzeit manchmal zu weit. Ich jedenfalls möchte – wie die meisten meiner ärztlichen Kolleginnen und Kollegen – ohne diese Substanzklasse nicht psychiatrisch tätig sein und möchte meinen Patientinnen und Patienten nicht zumuten müssen, ohne eine angstlösende Substanz durch alle Krisen zu gehen.

Kurz- und langfristige Effekte

Die meisten Psychopharmaka haben kurzfristige Effekte, die ihren Einsatz begründen, z. B. der antipsychotische Effekt des »künstlichen dicken Fells« in psychotischen Krisen. Solche Effekte führen mit der Zeit aber auch zu Anpassungsprozessen an den Nervenzellen. Diese geschehen manchmal sehr rasch, oftmals aber auch sehr langsam. Insbesondere langsame Anpassungsprozesse fallen den Nutzenden und den sie begleitenden Personen erst mal gar nicht auf. Hierzu gehört insbesondere auch das immer tiefere Einsickern des Rituals der Medikamenteneinnahme selbst. Dieses Ritual verfestigt sich am Ende so sehr, dass es immer schwerer zu verändern ist. Oftmals erleben die Betroffenen die von ihnen genutzten Psychopharmaka dann als unverzichtbar, deren Reduktion aufgrund von Nebenwirkungen Angst und Unsicherheit auslöst.

Aber auch die verschiedenen neurobiologischen Gewöhnungsprozesse laufen typischerweise unterschwellig ab und gehen im Rauschen des Alltags gewissermaßen unter. Sie fallen beispielsweise erst als Entzugssymptome auf, wenn die Substanz plötzlich nicht mehr verfügbar ist. Dies erinnert durchaus an eine spiegeltrinkende Person mit einer Alkoholabhängigkeit, die mit einem gewissen Quantum Alkohol vollkommen handlungsfähig erscheint, ohne Alkohol aber massive Probleme bekommt. Oder aber die betreffende Person ist verwundert, dass sie immer krisenanfälliger wird, obwohl sie ihre Medikamente verlässlich nutzt.

Dies lässt sich sehr gut bei der langfristigen Nutzung von Neuroleptika und Antidepressiva beobachten. Nicht wenige, die schon lange im psychiatrischen Hilfesystem tätig sind, haben den Eindruck, dass beispielsweise die Genesungsverläufe von Menschen mit Psychoseerfahrungen in den letzten 20 Jahren eher problematischer und krisendurchsetzter geworden sind. Und dies, obwohl

unsere psychosozialen Angebote eigentlich besser geworden sind. Wie kann dies sein?

Auch wenn es zunächst paradox erscheint, so sprechen neurobiologische Modelle dafür, dass die Psychoseanfälligkeit einer Person durch den undifferenzierten und langfristigen Einsatz von Neuroleptika zunimmt. Aus neurobiologischer Sicht ist dies nachvollziehbar. Wenn es auch zunächst etwas kompliziert erscheint, ist die Logik dieses neurobiologischen Modells eigentlich ganz simpel: Es geht im Grundsatz um die Anpassungsreaktionen der Nervenzellen auf die anhaltende Blockade der Dopamin-2-Rezeptoren im Zielsystem des Gehirns (dem sog. mesolimbischen System, oft auch als Belohnungssystem bezeichnet). Bei Neuroleptika verursacht die Dopamin-2-Rezeptor-Blockade im mittelfristigen Verlauf nämlich sowohl eine Zunahme der Rezeptordichte als auch eine Erhöhung der supersensitiven Rezeptoren (= erhöhte Rate an supersensitiven Rezeptoren an der Gesamtpopulation der D-2-Rezeptoren). Hierdurch ist die betreffende Person psychoseanfälliger, da es neurobiologisch gesehen bei der Psychoseanfälligkeit um die Rate der supersensitiven Dopamin-2-Rezeptoren in diesem speziellen Teil des Zentralnervensystems geht (SEEMAN 2011). Anders gesagt: Würden nicht gleichzeitig die Dopamin-2-Rezeptoren durch das Medikament in nennenswertem Umfang blockiert, wäre die Person aufgrund der absoluten Zunahme der normal- und der supersensitiven Dopamin-2-Rezeptoren quasi ständig psychotisch. Genau dies passiert, wenn die betreffende Person die Neuroleptika zu schnell reduziert oder absetzt (sog. Entzugs- oder Supersensitivitätspsychose, CHOUINARD u. a. 2017) oder eben die psychoseanstoßenden anderen Stressfaktoren zunehmen (sog. Durchbruchpsychose, САМАНА u. a. 2007). Die betreffende Person ist nun auf die Neuroleptika angewiesen, obwohl sie dies insbesondere der Nutzung der Neuroleptika selbst verdankt.

Unklar ist nicht nur der Zeitraum, den die Gewöhnungsprozesse beanspruchen, sondern auch, ob und wie weit und wie schnell sich diese Anpassungen überhaupt zurückbilden können. Klinisch entsteht der Eindruck, dass das Absetzen der Neuroleptika erst nach zwei, drei Monaten durchgängiger Nutzung schwieriger wird. Indirekten Hinweis darauf gibt auch, dass beispielsweise kognitive Einschränkungen, welche durch die Dopamin-2-Rezeptor-Blockade in einem anderen Teil des Gehirns entstehen, oftmals nach zwei bis drei Monaten wieder etwas zurückgehen. Im klinischen Verlauf kann dies bei naiven Beobachtern zum Eindruck einer »klinischen Besserung durch die Behandlung« führen, obwohl es sich streng genommen um eine »klinische Besserung trotz Behandlung« handelt.

Aus klinischer Sicht müsste also spätestens nach zwei bis drei Monaten durchgängiger Nutzung die Neuroleptikabehandlung neu bewertet werden. Die Veränderung der Wirkung nach diesem Zeitraum müsste in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch langfristige Effekte nach sehr kurzzeitiger Neuroleptikaeinnahme denkbar sind. Hinweise gibt es aus einzelnen Fallberichten über jahrelangen Nachlauf motorischer Nachwirkungen (sog. tardiven Dyskinesien). Üblicherweise treten solche Veränderungen aber erst nach längerer und auch nach schweren Entzugspsychosen vermehrt auf.

Bei Antidepressiva sind die neurobiologischen Anpassungseffekte noch komplizierter. Doch ist aus Langzeitstudien bekannt, dass das Risiko erneuter depressiver Verstimmungen durch die langfristige Nutzung von Antidepressiva tatsächlich ansteigt (vgl. HENGARTNER u. a. 2018). Derzeit wird diskutiert, ob diese Effekte auch mit hemmenden Einflüssen auf den sogenannten Serotonin-2-Rezeptor zu tun haben, der durch alle Antidepressiva und auch durch viele Neuroleptika der zweiten Generation (dies betrifft insbesondere Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Risperidon und Ziprasidon) negativ beeinflusst wird (vgl. CARHART-HARRIS, NUTT 2017). Neurobiologische Modelle bringen zudem die Aktivierung dieser Serotonin-2-Rezeptoren mit einem aktiven und die Herausforderung angehenden Bewältigungsstil in Verbindung, wohingegen deren Hemmung mit einem passiven und die Probleme aushaltenden Vermeidungsstil in Zusammenhang steht. So gesehen würden die allermeisten der heutzutage eingesetzten Medikamente bei langfristiger Nutzung eine verstärkte Krisenanfälligkeit für deren Nutzerinnen und Nutzer mit sich bringen (vgl. CARHART-HARRIS, NUTT 2017).

Zusammenfassend wird klar, dass die neurobiologischen Effekte der heutzutage eingesetzten Psychopharmaka keineswegs verstanden oder gar aufgeklärt sind. Vor allem Langzeiteffekte sind nur schwer auf einzelne Faktoren im Rahmen neurobiologischer Modelle zurückzuführen. Dies zeigt, dass die Wirkungen und Effekte von Psychopharmaka weitaus komplexer sind, als wir uns vorstellen. Sie fordern uns auf, klinisch beobachtete Effekte sorgsam zu beachten und Erfahrungen der Nutzerinnen und Nutzer ernst zu nehmen, auch wenn sie unsere Behandlungsgewohnheiten infrage stellen. Dies betrifft insbesondere langfristige Effekte von Medikamentennutzung.

Wege individueller Nutzung

Aus den geschilderten Erfahrungen und Erkenntnissen ergeben sich verschiedene individuell vorstellbare Nutzungswege. Dafür müssen erwünschte und unerwünschte Anwendungswirkungen und kurz- sowie langfristige Effekte gegeneinander abgewogen werden. Diese Entscheidung muss regelhaft im Genesungsverlauf immer wieder angepasst oder ganz neu gefasst werden. Für diese Entscheidung sind Kenntnisse über Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Wirkungen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte anzubieten und zu erläutern. Das Wissen um verschiedene Nutzungswege kann die Entscheidung für die betreffende Person zusätzlich erleichtern.

Kurzfristige Nutzungswege – Krisennutzung und Intervallnutzung → Kurzfristige Wirkeffekte sind grundsätzlich besser abschätzbar und sollten im Vordergrund der medikamentösen Unterstützung bei der Bewältigung von seelischen Krisen stehen. Hiermit sind oftmals schlafanstoßende oder beruhigende Effekte von psychotropen Substanzen gemeint. Die Nutzungszeiträume sind entsprechend kurz, die Dosierungen der Substanzen tendenziell niedrig. Sie beschränken sich auf bedarfsorientierte Einmalnutzungen bzw. Nutzung über einige Tage oder wenige Wochen.

Bei solchen Nutzungen sind die Placeboeffekte zu beachten und frühzeitig Alternativen zu besprechen und zugänglich zu machen (z. B. durch entsprechende Übungen und Therapieangebote). Absetzeffekte sind besonders bei Benzodiazepinen, Substanzen der Z-Linie (= Z-Drugs wie Zolpidem oder Zopiclon) und auch bei antihistaminerg wirkenden schlafanstoßenden Substanzen (z. B. Atarax, Mirtazapin, Quetiapin) bereits nach kurzzeitiger Nutzung im Sinne einer einzelnen schlafgestörten Nacht möglich (= Absetzinsomnie). Bei den meisten pflanzlichen Mitteln (Baldrian, Passionsblume, Hopfen, Lavendelöl) spielt dies bei sehr kurzer Nutzung von wenigen Wochen keine nennenswerte Rolle.

Eine krisengebundene Nutzung kann wiederholt notwendig werden und zu einer Intervalltherapie führen. Im Rahmen aufkommender Krisen werden bestimmte Psychopharmaka für eine gewisse Zeit genutzt, um das Ausmaß der Krise zu verringern und eine Kontrolle über das Befinden zu behalten. Menschen mit Psychoseerfahrung können Neuroleptika zur Intervalltherapie einsetzen. Hierbei wird im Vorfeld aufkommender Psychosen von der betreffenden Person das gewählte Neuroleptikum in niedriger Dosis genutzt und nach wenigen Tagen oder Wochen zügig abgesetzt.

Solche Nutzung setzt voraus, dass die betreffende Person ihre Frühwarnzeichen kennt und gut einschätzen kann. Vergleichbare Möglichkeiten bestehen im

Vorfeld depressiver Verstimmungen oder bestimmter anderer Beschwerden mithilfe entsprechender Schlaf- oder Beruhigungsmittel.

Die Nutzung von Psychopharmaka zur Intervalltherapie sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass alternative Umgangsformen mit der aufkommenden Krise von höchster Relevanz sind. Auch der Placeboeffekt ist bei der Intervalltherapie zu beachten.

Längerfristige Nutzungswege – kontrollierte Dosisreduktion und individuelle

Dosis → Längerfristige Nutzungswege entstehen, wenn das Ausschleichen der gewählten Substanz aufgrund der Dauer der Krise erst nach vielen Monaten möglich wird. Die Nutzung von Benzodiazepinen oder Antidepressiva über acht Wochen hinaus geht mit einem sehr hohen Risiko von Entzugs- oder Absetzbeschwerden einher. Im Falle von Benzodiazepinen ist dies regelhaft zu erwarten, bei Antidepressiva mindestens in der Hälfte der Fälle.

Wie lange Neuroleptika genutzt werden können, damit solche Absetzbeschwerden nicht auftreten, ist nicht verlässlich untersucht. Nutzererfahrungen und klinische Beobachtungen gehen von maximal zwei bis drei Monaten aus.

Im Falle langfristiger Nutzungen sollten die Psychopharmaka so gering wie irgend möglich dosiert werden. Dies gilt zuallererst für Antidepressiva, die nach Studienlage keine Vorteile, sondern Nachteile bei jahrelanger Nutzung hinsichtlich der Depressionsanfälligkeit anbieten. Deren ideale Dosis ist im langfristigen Verlauf also null. Es gilt aber auch für Neuroleptika, da sie eine ganze Reihe problematischer Nebenwirkungen haben. Jedoch können Neuroleptika bei manchen auch langfristig das Psychoserisiko senken. Hier ist die individuelle Dosis in einem mühsamen Reduktionsprozess als Bestandteil des Genesungsprozesses zu suchen.

Die Anpassungen der Nervenzellen an die langfristige Zufuhr der Substanz erfordern ein langsames Reduzieren der Medikation. Es gibt allgemeine Faustformeln (10% alle vier Wochen), die aber individuell selten gültig sind. Sie bieten eine erste Orientierung. Wichtig ist, dass es vor dem nächsten Reduktionsschritt mindestens eine Phase von ein bis zwei Wochen mit gutem Befinden gibt. Dies gilt in ähnlicher Weise für Antidepressiva wie auch für Neuroleptika. Behutsames Reduzieren ist bei Neuroleptika in der Regel allerdings noch wichtiger als bei Antidepressiva. Entscheidend ist ein sehr langsames Reduzieren gerade bei Neuroleptika, insbesondere bei den letzten Reduktionsschritten vom Low-Dose-Bereich zur »no dose«.

Fast regelhaft kommt es beim Reduzieren und besonders beim Ausschleichen nach jahrelanger Nutzung zu Krisen. Diese können sowohl Anlass zur Bewältigung der Krise mit anderen Mitteln als auch zur erneuten Nutzung des zuvor

ausgeschlichenen Psychopharmakons sein. Ob diese Bewältigung dann ohne die ausgeschlichenen Psychopharmaka-Klassen gelingt, zu einer Intervalltherapie führt oder den Startschuss für eine Low-Dose-Medikation für eine zunächst unabherrschbare Dauer bedeutet, kann im Vorfeld nicht gewusst werden. Aus meiner Sicht sollte man für sich keine Möglichkeit von vornherein ausschließen.

Substanzen zur Prophylaxe → Eine langfristige Nutzung eines Psychopharmakons zur Verringerung des Risikos erneuter depressiver, manischer oder psychotischer Krisen wird von vielen krisenerfahrenen Personen gewählt. Während im Falle von sogenannten Phasenprophylaktika wie Lithium oder Valproat bestimmte Blutspiegel als häufiger wirksam bekannt sind, ist bei Neuroleptika zur Verringerung der Psychoseanfälligkeit die individuell erforderliche Tagesdosis sehr unterschiedlich. Manche Personen benötigen nur minimale Mengen (z. B. 12,5 mg Clozapin, 15 mg Dipiperon oder 50 mg Cannabidiol), andere benötigen größere Mengen und können diese trotz intensiver Bemühungen nicht verlässlich reduzieren (z. B. 250 mg Clozapin, 4 mg Risperidon oder 200 mg Amisulprid). Entscheidend ist es, die Nebenwirkungen gemeinsam im Blick zu haben, diese weder zu leugnen noch zu dramatisieren. Eventuell kann die Person auch Jahre später eine Reduktion ihrer Neuroleptika vornehmen, wenn psychosoziale Strukturen sich verändert oder weiterentwickelt haben. Auch vor dem Hintergrund von Langzeitmedikationen sind krisengebundene zusätzliche Medikationen möglich. Beim Einsatz zusätzlicher Psychopharmaka (und anderer Medikamente) ist auf Interaktionen zu achten, sowohl hinsichtlich des Rezeptorbindungsprofils als auch hinsichtlich der Abbauewege. Insbesondere im Bereich der Abbauewege über das Cytochrom-P450-System in der Leber können sich verschiedene Medikamente wechselseitig beeinflussen. Krisengebundene Medikationen sollten zeitnah und möglichst zügig wieder ausgeschlichen werden, um die Langzeitmedikation nicht zusätzlich zu erhöhen.

Die Aufgabe der Begleitung

Die Begleitung und die Behandlung von Menschen mit seelischen Krisen und psychosozialen Einschränkungen sind primär eine psychosoziale Aufgabe. Sie sind menschliches Miteinander. Zugegebenermaßen können die Psychopharmaka tiefgreifend Einfluss auf dieses Miteinander nehmen, sowohl im Positiven wie im Negativen. Ihr Stellenwert kann sehr unterschiedlich sein. So können sie einer Person beispielsweise essenziell wichtig sein. Dann orientiert sich der Betreffende – ob nun Betroffener oder nicht – stark an neurobiologischen Effekten, verfolgt vielleicht sogar ein sehr biologisches Modell des Seelenle-

bens. Eine andere wird darin ein reduziertes Menschenbild sehen. Solange die Betroffenen die Sicht des anderen als seine leitende Perspektive akzeptieren, sind sie miteinander respektvoll im Gespräch.

Gerade im Rahmen einer streng neurobiologischen Orientierung ist ein Hinweis auf die langfristigen Effekte der Psychopharmaka ein Argument. Sie bestehen lange weiter und ändern sich nur langsam wieder. Außerdem werden mit zunehmender Dauer der Nutzung viele Nebenwirkungen wahrscheinlicher und häufiger.

Der Ausweg aus einer zu hohen oder zu langen Nutzung von Psychopharmaka liegt im psychosozialen Raum, in unserer Mitmenschlichkeit. Dann aber haben Psychopharmaka nicht mehr den zentralen Stellenwert in der Begleitung und Behandlung, den sie in den letzten Jahrzehnten innehatten. Dann sind sie nur mehr ein weiteres Element in der Begleitung und Behandlung, das weit überwiegend nur vorübergehend im Rahmen von Krisen für einige Zeit eingesetzt wird. Sie sind keine Wunderpillen mehr, sondern psychoaktive Substanzen mit Vor- und Nachteilen, mit erwünschten und unerwünschten Anwendungswirkungen, mit kurzzeitigen und langfristigen Effekten. Oftmals überwiegen bei ihnen langfristig die negativen Effekte, wohingegen sie kurzfristig meistens durchaus positive Wirkungen haben.

Trotzdem sollte auch ihr kurzfristiger Einsatz aufgrund der Gewöhnungseffekte gut bedacht sein. Wenn auf sie verzichtet werden kann, ist das meistens günstiger. Es ist aber anzuerkennen, dass dies nicht immer möglich ist. Bei dieser schwierigen Entscheidung sind die potenziellen Nutzerinnen und Nutzer ausführlich und sorgfältig zu informieren und zu begleiten, damit ihnen diese wichtige Entscheidung gerade auch im Krisenfall möglich ist.

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme M. A. ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er hat eine Praxis für Psychosebegleitung und Psychosenpsychotherapie, gibt Fortbildungen zu diesem Themenkreis und schreibt dazu, zuletzt zusammen mit Thelke Scholz und Renate Seroka »Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen«, Psychiatrie Verlag 2019.

Begleitung und Kooperation

Die Erfahrungen der Betroffenen und des Behandelnden machen deutlich, für eine erfolgreiche Behandlung von Patientinnen und Patienten, gerade bei chronischen Erkrankungen, ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur gegenseitigen Kooperation von wesentlicher Bedeutung. Dazu gehören gemeinsam vereinbarte Behandlungsziele und Maßnahmen zwischen den Gesundheitsfachleuten (Ärzte, Ärztinnen, Pflegende) und den Patienten mit ihren Angehörigen. Experten verwenden für die Beschreibung der Bereitschaft des Patienten zur Kooperation zumeist die Begriffe der Adhärenz oder der Compliance.

Compliance → (engl. für Einverständnis, Einhalten) beschreibt das Ausmaß, in dem der Patient die verschriebenen Anordnungen befolgt. Dem Begriff liegt ein paternalistisch-autoritäres Arzt-Patienten-Verhältnis zugrunde. Der Arzt bzw. die Ärztin gibt einen Behandlungsplan vor, den die erkrankte Person einhalten sollte. Sie gilt bei einer Nichteinhaltung der Verschreibung als »non-compliant« und wird bei einem Misserfolg der Therapie dafür verantwortlich gemacht, »selbst schuld« sozusagen.

Adhärenz → (engl. Adherence) bezeichnet demgegenüber die Einhaltung von gemeinsam vereinbarten Behandlungszielen. Die WHO definiert Adhärenz als »das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person – die Medikamente einnimmt, eine Diät befolgt und/oder einen Lebenswandel führt – mit den vereinbarten Empfehlungen eines Gesundheitsdienstes korrespondiert« (WHO 2003, 3).

Großer Nachdruck bei der Definition der WHO wurde auf die Unterscheidung von Adhärenz und Compliance gelegt, entscheidend sei, dass bei Adhärenz das Einverständnis des Patienten für die Behandlung benötigt wird. Es wird deutlich, dass es bei der Adhärenz nicht nur um eine korrekte Einnahme von Medikamenten geht, sondern vielmehr um die Befolgung einer gemeinsamen Übereinkunft zwischen der Person, die die Medikamente nimmt, und den sie behandelnden Gesundheitsfachleuten hinsichtlich des Behandlungsplans. Adhärentes Verhalten wäre demnach, »wenn der Patient ein komplexes Behandlungsregime aktiv, eigenmotiviert und eigenverantwortlich über einen längeren Zeitraum (Monate, Jahre, lebenslang) durchführt« (MEYER-LUTTERLOH 2009, 39).