

Begleitetes Absetzen von Neuroleptika aus der Sicht des ambulant tätigen Facharztes

Beitrag zum Forum »Low dose – no dose« – ein anderer Umgang mit Psychopharmaka«

VON JANN E. SCHLIMME

Das begleitete Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika ist für viele psychiatrische Fachärzte Neuland. Es gibt nur wenig gesichertes Wissen darüber, erstens wie man den Prozess am besten begleitet und zweitens welche Gruppe von Neuroleptika-Nutzern auf diese Medikamente nicht verzichten kann (ob zum Beispiel kleine Dosen eines Medikaments dauerhaft benötigt werden). Die Medizin als Handlungswissenschaft kann aber nicht auf ein gesichertes Wissen über Handlungsstrategien verzichten, wenn sie Menschen nachweislich erfolgreich begleitend und behandeln soll.

Schattenseiten der Neuroleptika-Behandlung

Andererseits gibt es eine Menge gesichertes Wissen darüber, dass der langfristig dauerhafte Einsatz von Neuroleptika bei weitem nicht so erfolgversprechend ist, wie dies der Einsatz in Akutzeiten (zirka bei der Hälfte der Nutzer, den so genannten Respondern; vgl. Marques et al. 2011) suggeriert. Unerwünschte Anwendungswirkungen (vor allem kognitiver, emotionaler und motorischer Art), fehlende positive Beeinflussung der so genannten Negativsymptome und ein niedrigeres soziales Funktionsniveau in der Genesung, das sich nach zirka drei bis vier Jahren zeigt (Harrow et al. 2012, 2014; Wunderink et al. 2013). Hierzu passt, dass das kognitive Funktionsniveau neben dem Antriebslevel, die bekanntlich beide intensiv durch Neuroleptika (u.a. auch dosisabhängig) negativ beeinflusst werden, die größte Vorhersagekraft für das soziale Funktionsniveau bei Personen mit Psychoseerfahrung/Schizophreniediagnose hat (Galderisi et al. 2014; spannenderweise werden in dieser Studie die kognitiven Einschränkungen mit der psychischen Störung in Verbindung gebracht, jedoch nahmen alle 921 Studienteilnehmer Neuroleptika).

Vereinfacht gesagt: Es gibt eine Gruppe von Menschen, die im Rahmen ihrer akuten Psychose vom Einsatz der Neuroleptika in angepassten Dosierungen profitieren. Diese Gruppe ist kleiner, als der flächendeckende Einsatz der Neuroleptika bei Menschen in akuten Psychosen suggeriert. Es gibt eine Gruppe von Menschen, die im Rahmen ihrer Genesung von bzw. mit ihrer Psychoseerfahrung vom Reduzieren und Absetzen der Neuroleptika in angepassten Schritten profitie-

ren. Diese Gruppe ist (viel) größer, als der flächendeckende Einsatz der Neuroleptika bei Menschen mit Psychoseerfahrung suggeriert. Hieraus leitet sich meines Erachtens der Auftrag an psychiatrische Fachärzte ab, ein Wissen zum Begleiten der Reduktion und des Absetzens von Neuroleptika zu entwickeln und zu etablieren.

Was sagen Studien?

Glücklicherweise gibt es ein Wissen über die Begleitung solcher Reduktions- und Absetzprozesse, auch wenn dieses bisher kaum Eingang in den breiten fachärztlichen Diskurs gefunden hat (Lehmann 2013; Breggin 2013; Podvoll 1990). Und es gibt gute wissenschaftliche Übersichten zu diesem Thema (Aderhold 2014). Es gibt Studien, die zeigen, dass das Wiederauftreten psychotischer Symptome in den ersten zwölf Monaten nach Absetzen bei zirka 80 Prozent und damit doppelt so hoch wie im Falle der Neuroleptika-Fortsetzung ist (Gitlin et al. 2001; Chen et al. 2010). Es gibt Studien, die zeigen, dass sich die Rückfallraten nach zirka zwei bis dreieinhalb Jahren zwischen Neuroleptika-Absetz-, -Reduktions- und -Fortsetzungsgruppen angleichen (Wunderink et al. 2013; außerdem kann man die Daten von Crow et al. 1986 so lesen, auch wenn die Autoren ihre Daten anders interpretieren und die Beobachtung nach zwei Jahren abbrechen). Es gibt Studien, die zeigen, dass die Einnahme von Omega-3-Fettsäuren hilft, die Dosis von Neuroleptika zu verringern (Peet/Stokes 2005). Und es gibt Studien, die über Absetzsyndrome von Neuroleptika und deren Verlauf berichten und auf bekannte neurobiologische Modelle zugreifen, wobei bis zu sechs Monate nach Absetzen in jedem Fall mit Absetzsymptomen zu rechnen sei und sich diese Symptome wie eine »normale« Psychose darstellen (Chouinard/Jones 1980; Tranter/Healy 1998). Es gibt Hinweise darauf, dass bestimmte Substanzen (Aripiprazol) die Dopamin-Rezeptoren nicht in einen hypersensitiven Zustand versetzen, was einer der Gründe für die Intensität der Absetzsyndrome ist (Tadokoro et al. 2012). Es gibt hingegen meines Erachtens nur eine Studie, die diesem Wissen gemäß den Langzeitverlauf nach Reduktion in den Blick nimmt (Wunderink et al. 2013). Es gibt eine Planung solcher Studien auch in Deutschland, aber bis diese Ergebnisse vorliegen, wird noch viel Zeit ver-

gehen. Zeit, die die Neuroleptika-Nutzer nicht haben und die wir nicht ungenutzt verstreichen lassen dürfen.

Was man weiß: Reduktionsprozesse verlaufen nicht nach Rezept

Die Reduktion und das Absetzen von Neuroleptika bei Personen mit Psychoseerfahrungen sind keine Kochbuch-Prozesse, auch wenn es einige einfache Regeln gibt, die



man einhalten sollte (siehe unten). Auch muss das Absetzen im individuellen Fall nicht zwingend das Ziel sein. Angesichts des geringen Wissens zum aktuellen Zeitpunkt erscheint mir eine Stigmatisierung von Personen, die Neuroleptika in einer ihnen gemäßen Dosis weiter nutzen wollen, hochproblematisch. Entscheidend ist, dass im Verlauf der Reduktion ein Wiedergewinn an gedanklichen Assoziationen, an Konzentration und Aufmerksamkeit sowie stärkerer emotionaler Beteiligung und Betroffenheit durch die lebensweltlichen Ereignisse erfolgt. Hier-

Foto: Cerd Altmann, pixelio.de

durch werden Genesungsprozesse möglich, die unter Neuroleptika erschwert sind. Aber, diese Prozesse werden auch nötig. Das Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika führt also nicht von selbst in eine »schöne neue Welt«, sondern ist harte Arbeit und verlangt von allen Beteiligten – und dies bezieht explizit die Familie und Freunde mit ein – einen hohen Einsatz, viel Engagement und Mut sowie die Bereitschaft, neue Wege zu gehen und neue Behandlungsangebote zu nutzen. Neben nonverbalen Behandlungsformen (vor allem Ergo- und Körpertherapien) erscheint mir auch eine begleitende, langfristig angelegte Psychotherapie zu diesem Setting zu gehören, um die wieder aufkommenden sozialen Dilemmata letztlich anders lösen zu können.

■ *Worauf vor und während der Reduktion zu achten ist (vgl. DGSP 2014):*

- Behandlungszeiträume mit Neuroleptika von mehr als drei Monaten erfordern eine sorgfältige Planung des Reduktionsprozesses: Es gilt, Unterstützer zu gewinnen und den Prozess nicht im Geheimen vorzunehmen;
- Zehn-Prozent-Regel: maximal zehn Prozent alle sechs Wochen (eventuell braucht es länger, häufig müssen nach Erreichen der so genannten Erhaltungsdosis des Medikaments die Reduktionsschritte auf zehn Prozent von dieser Erhaltungsdosis angepasst werden);
- Omega-3-Fettsäuren nutzen;
- neue Behandlungsformen (Umgangsformen mit sich selbst) in den Alltag integrieren;
- stabile soziale Verhältnisse haben bzw. Sozialräume ordnen;
- das Arsenal der Bewältigungstechniken erweitern und ordnen;
- sich und andere auf Krisen sowohl während der Reduktion als auch in den ersten sechs bis zwölf Monaten nach endgültigem Weglassen der Neuroleptika vorbereiten.

Der anekdotische Teil: eigene Erfahrungen aus der Begleitung von Reduktions- und Absetzprozessen

Meiner Erfahrung nach können kurze Medikationsintervalle von wenigen Wochen schnell wieder abgesetzt werden. Aber bereits dreimonatige Behandlungszeiträume stellen die Betroffenen vor erhebliche Herausforderungen. Dies sogar dann, wenn gar keine Psychoseerfahrung gegeben ist und formal die Indikation zum Einsatz der Neuroleptika fehlte (vgl. Vignette 1, S. 33).

Den ersten Reduktionsschritt nach vielen Jahren regelmäßiger Hochdosiseinnahme erleben viele Betroffene wie ein »Erwa-

chen«, das sie gar nicht mehr für möglich gehalten hätten (vgl. Vignette 2, S. 34). Dieses Wachwerden kann den Wunsch nach mehr und rascherer Reduktion befeuern. Zugleich bemerken die Betroffenen aber auch wieder eine Unsicherheit des Lebens, die Angst machen kann und vor weiteren Reduktionen zurückschrecken lässt. Deshalb benötigen Personen, die über viele Jahre sehr hohe Dosen einer neuroleptischen Medikation eingenommen haben, oftmals sehr, sehr lange, um mit geringeren Dosen oder ganz ohne Medikament klarzukommen. Manchmal bestehen sie auf einer minimalen Dosis, die dann nicht mehr aufgegeben werden soll. Aus meiner Sicht ist dieser Wunsch zu respektieren, sogar dann, wenn ich davon überzeugt bin, dass die Betroffenen diesen letzten Rest an Medikamenten loswerden könnten. Eine Patientin berichtete zu diesem letzten Schritt, dass sie sich nach dem endgültigen Weglassen über Wochen sehr unsicher und »ungeschützt« – »wie eine Schnecke ohne Gehäuse« – gefühlt habe.

Meiner Erfahrung nach ist auch das Absetzen einer minimalen Dosis nach mehrmonatiger (z.B. einjähriger) Einnahme ein eigenständiger Reduktionsprozess (Zehn-Prozent-Regel). Die für diese Reduktionsschritte benötigten Medikamentendosierungen sind jedoch auf dem Markt üblicherweise nicht verfügbar. Hier sind tatsächlich persönliche Lösungen nötig, die zuweilen ein gewisses handwerkliches Geschick und ein wenig mathematische Rechenkunst erfordern, die dem Betroffenen keiner abnehmen kann. Bei Tropfen kann man dies recht gut selbst dosieren, bei Filmtabletten hilft die Apotheke (Rezept mit Text, z.B. »Rezeptur: 50 Kapseln Clozapin à 5 mg«).

Meiner Erfahrung nach gibt es im ersten Jahr nach dem Absetzen häufig intensive Krisenszenarien bis hin zu psychotischen Episoden, wobei es darauf ankommt, dass bereits im Vorfeld an der Entwicklung von Alternativen und Befähigungen zur Bewältigung solcher Krisen abseits von Neuroleptika und Klinik gearbeitet wird. Aber auch wenn Klinik und Neuroleptika vorübergehend noch mal nötig sind, bietet die erneute Psychoseerfahrung unter veränderten Vorzeichen (Erwartung einer solchen Krise, weniger Medikamente, keine Neuroleptika oder nur kurze Einnahmedauer) gute Ansatzpunkte, um danach besser weiterzukommen. Kommentar einer Betroffenen: »Diesmal war die Psychose völlig anders, weniger heftig. Ich war die ganze Zeit klar dabei, weiß noch, was ich gemacht habe und warum. Das war überhaupt nicht so verrückt wie sonst, obwohl das schon auch verrückt war!« Gemeinsam lässt sich im weiteren Behandlungsverlauf typischerweise ein »Knack-

punkt« eruieren, an dem die Patienten mit den ihr wichtigen Menschen so über Kreuz gekommen sind, dass die Verständigung (vorübergehend) abbrach. Dies bietet dann einen wichtigen Ansatz zur weiteren Bewältigung und Genesung.

Meiner Erfahrung nach sind manche Medikamente leichter zu reduzieren als andere. Dies gilt vor allem für sehr selektiv wirkende D₂/D₃-Rezeptor-Antagonisten (Haloperidol, Amisulprid), wobei es individuell auch mal anders sein kann. Auch wenn ich hierzu noch keine eigene Erfahrung aus Begleitprozessen berichten kann, erscheint es mir naheliegend, bei bestimmten anderen Medikamenten zunächst ein Umstellen auf solche Substanzen vorzunehmen. Die extremen Herausforderungen, die mir bisher beim Reduzieren von zum Beispiel Quetiapin begegnet sind, legen für mich jedenfalls nahe, eine solche Umstellung vor einem nächsten Reduktionsprozess von dieser Substanz vorzuschlagen.

Zusammenfassung

Entscheidend scheint mir für den Erfolg eines Reduktionsprozesses, dass die betroffenen Personen in dessen Verlauf Wege finden, um die sie anstrengenden Situationen zu dosieren und, wo immer möglich, anders zu gestalten (z.B. Beziehungen zu führen, in denen über die anfordernden und zuweilen überfordernden Bedürfnisse – von einem selbst und vom anderen – tatsächlich offen gesprochen werden kann). Nur so können Rückzugs-/Abschalttechniken und Rückzugsorte/Ruheoasen im normalen Alltag entwickelt und installiert werden, die dann auch in Stresssituationen funktionieren und psychosenahes Erleben kontrollieren helfen (so dass sich mit ihm auseinandergesetzt werden kann). Die Fähigkeiten, dies zu entwickeln, scheinen mir unter Neuroleptika mehr oder weniger eingeschränkt. Insofern kommen für viele Neuroleptika-Nutzer mit der Reduktion vollkommen neue Aufgaben auf sie zu. Günstig ist jedoch, dass sie aufgrund der Reduktion die Fähigkeiten zurückgewinnen, diese Aufgaben anzugehen.

Nicht alle Wünsche der Reduktion kommen von Personen mit einer Monotherapie eines Neuroleptikums, die sie erst seit einigen Monaten nutzen, die sich auf dem Weg zu einer Psychotherapie befinden, die in Arbeit (oder auf dem Weg dahin) sind und eine Wohnsituation haben, in der sie nicht ständig alleine leben.

Dies wären die wünschenswertesten Reduktionsprozesse:

- bis zu zwei Jahre Zeit, um das Medikament in Ruhe zu reduzieren bzw. gegebenenfalls auch nach einer Medikamentenpause

nochmals ein mehrwöchiges Intervall mit Minidosen vorzunehmen, wenn es für den Betreffenden nicht anders geht;

- Behandlungs- und Begleitprozesse, die die Genesung befördern und unterstützen und Krisen auffangen;
- eine erstmalige psychotische Episode mit recht akutem Beginn und eindeutigen sozialen Stressoren, an denen gut und ganz real »gearbeitet« werden kann;
- Mitbringen von Ressourcen, die der Betreffende mutig genug ist, anzuzapfen.

Kritisch könnte hier natürlich eingewandt werden, dass diese Personen doch mit angemessenen Krisenbewältigungsangeboten (z.B. ACT, Soteria) gar keine Neuroleptika brauchten. Dem ist zuzustimmen. Die Realität sieht in Deutschland anders aus. Freilich sollte uns nichts davon abhalten, gleich heute mit der sorgfältigen Planung der Reduktion zu beginnen. ■

Vignette 1: Absetzen von dreimonatiger Neuroleptika-Einnahme nach formal fehlender Indikation nach Genesung von einer depressiven Verstimmung

Herr V. berichtet, dass er nach Abschluss einer erfolgreichen Psychotherapie wegen depressiver Beschwerden eine Medikation mit Sulpirid 100 mg auf Empfehlung der ärztlichen Psychotherapeutin begonnen habe. Er habe diese Medikamente für drei Monate einnehmen sollen. Besondere Maßregeln zum Weglassen nach drei Monaten seien ihm nicht mitgeteilt worden. Nennenswerte Veränderungen habe er durch die Einnahme zunächst nicht bemerkt, sich zum Ende der drei Monate aber vermehrt müde und sich gedanklich als weniger leistungsfähig erlebt. Dies habe sicherlich objektiv gestimmt. Er habe es bemerkt, da er wieder seine Tätigkeit (Vorbereitungen zur Anfertigung einer Hochschulabschlussarbeit) aufgenommen habe und kaum einen klaren Gedanken fassen konnte. Im Alltag sei ihm dies tatsächlich weniger aufgefallen, sodass er nicht genau wisse, wann nach Beginn der Einnahme diese Einschränkungen begonnen hätten.

Er habe das Medikament dann direkt nach drei Monaten weggelassen. Er sei froh gewesen, endlich davon loszukommen, und habe die Hoffnung gehabt, nun schrittweise wieder besser an den Vorbereitungen für seine Abschlussarbeit arbeiten zu können. Es sei ihm aber schon am Folgetag massiv schlecht gegangen: Müdigkeit, Unsicherheit, Nervosität, erheblich verminderte kognitive Leis-

tungsfähigkeit. Dies sei fast schlimmer als die Depression gewesen. Er habe an seiner Abschlussarbeit gar nicht mehr arbeiten können. Zudem hätten die Beschwerden über Tage angehalten, sodass er versuchsweise das Medikament wieder eingenommen habe. Direkt innerhalb weniger Stunden sei es ihm wieder besser gegangen. Er habe nun das Medikament weiter genommen. Jedoch sei er unter dem Medikament gedämpft und auch schneller müde gewesen. Außerdem blieb er unverändert gedanklich wenig leistungsfähig, sodass er mit sei-

nen Vorbereitungen für seine Hochschulabschlussarbeit kaum vorankam. In dieser Situation kam Herr V. in meine Praxis.

Aufgrund der bereits im Juli zwingend anzumeldenden Abschlussarbeit (anschließend sechs Monate Anfertigungszeit) vereinbarten wir ein rasches Reduzieren und erwogen die Möglichkeit eines sehr schnellen Absetzens im Wanderurlaub, so die Reduktionsschritte erträglich waren und die körperliche Leistungsfähigkeit im Urlaub ausreichte, um bei den ausflugsartigen Wanderungen mitmachen zu können (vgl. Tabelle 1-1).

Tabelle 1-1 (zu Vignette 1)

Datum der Medikationsänderung	Änderung der Sulpirid-Dosis	Haupteffekte
22. Mai 2015	Dosis: 100 mg; durchgehend Substitution von Omega-3-Fettsäuren	Körperlich und mental gedämpft, schneller müde, kognitiv wenig leistungsfähig
29. Mai 2015	Reduktion auf 85 mg	Bereits nach einigen Tagen besser, wacher, fitter; dennoch erlebe er sich gedanklich als »behäbig«, müsse vieles nachschlagen
5. Juni 2015	Reduktion auf 70 mg	Unverändert, keine volle Leistungsfähigkeit
12. Juni 2015	Reduktion auf 60 mg	Unverändert, keine volle Leistungsfähigkeit
19. Juni 2015	Reduktion auf 55 mg	Unverändert, keine volle Leistungsfähigkeit
26. Juni 2015	Reduktion auf 50 mg, gelegentlich 5 mg mehr, da direkt am Tag der Reduktion auf 50 mg verstärkte Beschwerden (s. nebenstehend) – über die Tage anhaltend, dann vorübergehend für einen Tag wieder 55 mg, anschließend auf 50 mg reduziert	Innerhalb weniger Tage verstärkte Müdigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme, Gefühl der Überlastung
10. Juli 2015	50 mg	Unruhe, Konzentration schwierig für einige Tage, sexuelle Appetenz sei aber wieder da, weiterhin keine volle Leistungsfähigkeit
Mitte bis Ende Juli 2015	Im Urlaub – leichtes Wandern, fester Ausgangspunkt, mit Freunden – sukzessives, sehr rasches Absetzen innerhalb von 1 Woche	Erlebt sich im gesamten Urlaub initial sehr stark, nach ca. 2 Wochen dann weniger durch folgende Beschwerden beeinträchtigt: Unruhe, Magen-Darm-Beschwerden, erhebliche Müdigkeit und eine verringerte kognitive Leistungsfähigkeit
Seit Mitte August 2015	Unverändert abgesetzt	Anhaltend verringerte kognitive Leistungsfähigkeit und erhebliche Müdigkeit, die zwar im Alltag weniger, dafür bei der wieder aufgenommenen Tätigkeit umso mehr ins Gewicht fällt; nur sukzessive Besserung
Seit Ende September 2015	Unverändert abgesetzt; Substitution von Omega-3-Fettsäuren für einige Wochen, dann weggelassen	Volle Leistungsfähigkeit wiedererlangt

Mittlerweile geht es Herrn V. gut, die Arbeiten an der Abschlussarbeit nehmen einen guten Verlauf. Er habe eine Menge Fehler in seinen Vorarbeiten aus der Zeit bis September korrigieren müssen, aber das sei vielleicht auch normal. Jedenfalls falle es ihm nun wieder auf. Er ist guter Hoffnung, die Arbeit rechtzeitig abzuschließen. Bei erneuten psychischen Schwierigkeiten würde er sich ausschließlich psychotherapeutisch behandeln lassen.

Vignette 2: Reduktion eines Neuroleptikums bei langjähriger Doppelmedikation bei Diagnose »schizotype Störung«

Herr L. berichtet über die Reduktion des Neuroleptikums, die wir nach vielen Jahren einer Hochdosisbehandlung begannen, nachdem er zu mir gewechselt hatte: »Es ist eine kognitive Beeinträchtigung, die wegfällt. Man ist heller im Köpfchen«, erzählt er und führt die positiven Effekte der Reduktion weiter aus: »Manchmal fällt einem ja nichts ein, aber jetzt schon. Ich hatte immer irgendwie »Esprit«, aber das ist jetzt besser geworden. Ich, der immer viel Wert auf Worte und Sprache gelegt habe – das war schon unangenehm, wenn man plötzlich nur noch das Herkömmliche sagen konnte. Das ist besser geworden. Vieles war mir auch so gleichgültig, das war nicht so gut. Auch für die Kommunikation – einfach besser.«

Herr L. bekommt aufgrund der Diagnose einer schizotypen Störung und einer forensisch-psychiatrischen Behandlung bereits seit vielen Jahren eine neuroleptische Medikation. Die Dosisreduktion bezieht sich bislang ausschließlich auf Olanzapin. Sie ist formal insofern nicht unkritisch, da eine so genannte Führungsaufsicht besteht. Herr L. bekommt also die Medikation vor dem Hintergrund einer möglichen Gemeingefährlichkeit, wenn seine psychische Störung nicht angemessen behandelt wird. Das Risiko einer eventuellen Verschlechterung des Befindens bzw. eines erhöhten Risikos psychosenahen Erlebens und hierdurch veränderten Verhaltens muss also verantwortbar geringstmöglich sein. Da Studien zum Absetzen eines Neuroleptikums bei dualer Gabe üblicherweise zeigen, dass es auch im kurzfristigen Verlauf keine erhöhte Rückfallgefahr gäbe, wagen wir gemeinsam die Reduktion (vgl. Tabelle 2-1).

Die Reduktion führt zu erheblichen Veränderungen des Verhaltens. Ich bemerke es auch direkt in den Gesprächen. Sie sind weniger schablonenhaft, wir können mehr All-

Tabelle 2-1 (zu Vignette 2)

Datum der Medikationsänderung	Medikamente: Änderungen der Olanzapin-Dosis	Haupteffekte
Angeblich seit 10 Jahren Medikamenteneinnahme (forensische Psychiatrie, stationär, ambulant)	Bestehende Medikation: Risperidon (als Depot) 50 mg 14-tägl. + Olanzapin 20 mg + Mood-Stabilizer CBZ (bereits initial stark reduziert)	Eher schematische Gespräche, aber guter Beziehungsaufbau über Monate
7. März 2014	Olanzapin-Reduktion auf 15 mg	<ul style="list-style-type: none"> ■ Innerhalb von Tagen: »subtiler Unterschied«: »lebensfreudiger«, »Ich muss nicht mehr so umständlich denken, denke einfacher, direkter« ■ Vorübergehend für einige Tage Anklänge für eigenbezügliches Erleben, konnte er selbst terminieren ■ Wachser, aufmerksamer, wirkt gedanklich flexibler ■ Nach einigen Wochen: »Vieles war mir auch so gleichgültig; das war nicht so gut«, »Man ist heller im Köpfchen« ■ Vermehrte Auseinandersetzung mit den Psychoseerfahrungen in unseren Gesprächen; Partnerin bemerkt positive Veränderungen im Miteinander ■ Im Juli 2014: »Ich bin wieder der Alte, wie bei 20 mg, nur mit den anderen Vorzeichen, dass ich direkter und konkreter wahrnehme und besser konzentriert bin; auch das Allgemeinbefinden ist besser als vorher«
17. Okt. 2014	Olanzapin-Reduktion auf 12,5 mg	Intensive Arbeit an Frühwarnzeichen möglich, Ausprobieren von Krisenszenarien; auf der Arbeitsstelle fällt seine bessere kognitive Leistungsfähigkeit positiv auf
2. Jan. 2015	Olanzapin-Reduktion auf 10 mg	Unverändert, erlebt sich »gedanklich freier«
17. April 2015	Olanzapin-Reduktion auf 7,5 mg	Bemerkt erstmals Gewichtsreduktion
22. Sept. 2015	Olanzapin-Reduktion auf 6,25 mg	Partnerin bemerkt, dass er präsenter und wacher sei – gemeinsame Gespräche
Zukunft	Weitere Reduktion geplant bis zur Neuroleptika-Monotherapie, dann weitersehen, ob Oralisierung des Risperidons mit weiterer Dosisanpassung nach Auslaufen der Führungsaufsicht	

tagsdinge besprechen und über seine und unsere Beziehung reden. Ab und an blitzen Herausforderungen auf, die wir nun besprechen können, die vorher nicht in sein Blickfeld kamen. Trotz oder vielleicht auch wegen dieser alltäglichen Probleme und Herausforderungen macht Herr L. sein Alltag deutlich mehr Spaß als zuvor. Die Reduktion ist noch nicht abgeschlossen, und wir lassen uns Zeit. Aber die positiven Effekte sind bemerkenswert und nachhaltig. ■

Dr. Jann E. Schlimme ist niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut in Berlin.
E-Mail: schlimme.jann@gmx.de

Literatur beim Verfasser.

Hinweis: Alle Betroffenen haben in die Veröffentlichung ihrer Fallvignette in der vorliegenden Form nach reiflicher Überlegung sowie Korrektur und Bearbeitung ihrer Fallvignette informiert eingewilligt. Die Einwilligungen liegen schriftlich vor. Die Informationen wurden zudem deidentifiziert (so wurden zum Beispiel durchweg männliche Formen gewählt).

»Reduktionsprozesse offensiv anregen«

Ein Interview mit dem Psychiater und Psychotherapeuten Jann E. Schlimme

SP: Herr Dr. Schlimme, Sie stellen in Ihrem Beitrag [S. 31] fest, dass das Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika für viele Fachärzte Neuland ist. Wie sind Sie selbst dazu gekommen, sich dieser Herausforderung zu stellen?

Schlimme: Da kamen zwei Aspekte zusammen: Zum einen beschäftigte ich mich seit vielen Jahren mit einem lebensweltlichen Modell der abklingenden Psychose, und zum anderen habe ich, als ich 2012 aus einer zweijährigen Forschungszeit nach Berlin an die Charité kam, in einer der dortigen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) viele Patienten kennen gelernt, die über Jahre enorm hohe Dosen an Neuroleptika bekommen haben. Mir war noch aus meiner Ausbildung zum Facharzt in der damals noch stark sozialpsychiatrisch geprägten Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover bekannt, dass Neuroleptika nach den Akutphasen zu reduzieren sind und dass manche auch ohne Neuroleptika auskommen. Bei den meisten Personen, die ich in der PIA traf, war der Genesungsprozess irgendwie stehen geblieben. Da verstopfte die neuroleptische Plombe schlichtweg die weitere Genesung. Das wollte und konnte ich so nicht akzeptieren. Und dann hat sich das so über die Zeit ergeben, dass ich mich immer mehr damit beschäftigt habe, und das jetzt auch im Rahmen des niedergelassenen Bereichs verfolge.

SP: Wie viele Patienten haben Sie bisher beim Reduzieren bzw. Absetzen begleiten können?

Schlimme: Das weiß ich nicht genau, es sind sicherlich über hundert. Ich habe immer bei jedem Patienten, den ich betreue, die Idee der Reduktion verfolgt, wenn auch bis 2012 eben nicht offensiv. Seither rege ich diese Reduktionsprozesse bei meinen Patienten wirklich offensiv an. Viele haben Reduktionsangebote aber auch über Jahre rundweg abgelehnt, da sie Sorge hatten, dann wieder psychotisch zu werden und in die Klinik zu müssen. Hier haben vielfach auch die einseitigen Informationen, dass angeblich für jede psychoseerfahrene Person eine Notwendigkeit bestehe, das Medikament in höherer Dosis unverändert ein Leben lang nehmen zu müssen, tiefe Spuren hinterlassen.

SP: Kann wirklich jeder Patient absetzen?

Schlimme: Das weiß ich nicht, und das kann meines Erachtens auch keiner seriös beantworten. Es ist letztlich eine gemeinsame Suchbewegung. Fest steht, dass jeder Reduktionsschritt enorm viel Disziplin kostet und einen langen Atem fordert, er aber meis-

tens schon einen Riesenerfolg für die Lebensqualität darstellt. Letzten Endes entscheidet der Patient, wann er in der Reduktion stehen bleiben will – und da ist sicher das Ausmaß seiner Genesung entscheidend.

SP: Wie hoch schätzen Sie den gegenwärtigen Bedarf?

Schlimme: Das ist meines Erachtens eine einfache Frage: Jede Person, die Neuroleptika nimmt, hat Bedarf.

SP: Sie schreiben weiter, dass sich Fachärzte das Wissen zur Begleitung aneignen müssen. Sehen Sie entsprechende Entwicklungen in der Aus- und Weiterbildung?

Schlimme: Ich weiß, dass einige Kollegen Reduktionsprozesse begleiten, ohne dies an die große Glocke zu hängen. Dennoch ist es erstaunlich, wie wenig Wissen zu diesen Prozessen im psychiatrischen Diskurs unterwegs ist. Das Interesse der fachärztlichen Kollegen wird erst langsam geweckt, da erst langsam verstanden wird, dass das Begleiten von Reduktions- und Absetzprozessen ein besonderes Wissen verlangt. So treffe ich bei meinen Weiterbildungen bisher vor allem nicht fachärztliche Sozialprofis. Derzeit wird ja sogar von manchen fachärztlichen Kollegen auf Verbandsebene immer noch vehement bestritten, dass Neuroleptika überhaupt eine Abhängigkeit verursachen. Ich frage mich manchmal, ob ihnen solche Aussagen nicht eigentlich peinlich sind. Schließlich gibt es bereits seit den Siebzigerjahren wissenschaftliche Nachweise von neurophysiologischen Gewöhnungsprozessen an die Einnahme von Neuroleptika. Diese Informationen sind vielen gar nicht bekannt – auch ich habe das in meiner Facharzt Ausbildung nicht gelernt. Wir Fachärzte müssen endlich aufwachen und die Dinge beim Namen benennen.

SP: Können niedergelassene Ärzte unter den momentan gegebenen Bedingungen die komplexen Anforderungen an die Begleitung ihrer Patienten überhaupt leisten?

Schlimme: Selbstverständlich. Aber die Bedingungen könnten sicher besser sein. Viele hilfreiche komplementäre Therapien (z.B. körper- oder musiktherapeutische Verfahren) werden von den Kassen im ambulanten Bereich nicht bezahlt. Und ein hoher zeitlicher Aufwand für einen einzelnen Patienten wird auch bei den niedergelassenen Fachärzten nicht entsprechend honoriert. Stattdessen wird einfach die Anzahl der Patienten belohnt – ob man die nun gut versorgt oder einfach nur Rezepte am Fließband ausstellt.

Das ist natürlich der falsche wirtschaftliche Anreiz.

SP: Was raten Sie Patienten, die keinen Facharzt finden, der sie bei dem Wunsch der Reduzierung bzw. Absetzung begleitet?

Schlimme: Eigentlich ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Prozess zu begleiten. Er kann den Patienten nicht einfach abweisen. Aber das Problem ist ja vertrackt: Wenn der



Arzt keine ausreichenden Kenntnisse über Reduktions- und Absetzprozesse hat, kann das Reduzieren auch schon deshalb schiefgehen, weil viel zu rasch vorgegangen wird – was dann wiederum als Nachweis dafür herzuhalten scheint, dass es ja nicht geht. Das ist ein Teufelskreis, aus dem man derzeit ohne Unterstützung nicht herauskommt. Diese Unterstützung müssten eigentlich wir Fachärzte im ambulanten Feld anbieten, damit diejenigen, die keine unterstützenden Angehörigen oder Freunde haben, nicht schon wieder die Verlierer sind. Das ist eigentlich ein Skandal!

Ich würde dazu raten: Erziehen Sie sich Ihren behandelnden Arzt. Drücken Sie ihm entsprechende Informationen und Broschüren in die Hand, schlagen Sie ihm vor, sich mit Ihnen auf einen Reduktionsplan zu einigen, nehmen Sie eine Person Ihres Vertrauens mit, mit der Sie vorher sorgfältig und unter Hinzuziehung von Broschüren den Reduktionsplan entwickelt haben, den Sie dem Arzt vorschlagen. Ich bin mir sicher, dass viele Kolleginnen und Kollegen sich darauf einlassen werden, mit Ihnen gemeinsam dazuzulernen.

SP: Herr Dr. Schlimme, vielen Dank für das Gespräch. ■

Die Fragen stellte Thomas R. Müller.