

Vortrag Dr. Volkmar Aderhold bei der DGSP in Frankfurt am 26.2.2009

Hauptthese

Mängel in der psychosozialen Versorgung und psychotherapeutischen Behandlung, Fehlinformation durch die Pharmaindustrie, Mängel und Fehler der **Leitlinien und biologische Krankheitskonzepte** führen zu einem zu häufigen und zu hoch dosiertem Einsatz von Neuroleptika. Dies bedingt eine zusätzliche Chronifizierung und Frühsterblichkeit von Patienten.

Die Ärzte haben LEITLINIEN. Sie behaupten, sie seien daran gebunden, weil dies der Stand der ärztlichen „Wissenschaft“ ist. Um Personal zu sparen, nutzen sie den vorgegebenen Rahmen voll aus. Sie geben nicht nur ein Neuroleptikum, sie geben drei! Und das oft in derart hohen Dosen, dass die Psychiater vor Ort es gar nicht glauben wollen.

Ich war einmal dabei, als ein Betroffener in der Praxis vor Ort seine Depotspritze bekommen sollte. Die Sprechstundenhilfe murmelte angesichts der Höhe der Dosis: „Das kann doch nicht sein“. Der Patient schlotterte mit heruntergelassenen Hosen derweil vor Angst. Er wollte die Spritze nicht. Die junge Frau kam zurück und setzte die Spritze, weil die Klinik das so verordnet hatte. Yves lebt noch und bekommt jetzt auch keine Depotspritze mehr.

Die schädigenden Effekte der Neuroleptika werden meist verschwiegen:

Mortalität:

Neuroleptikabedingte dosisabhängige plötzliche Herztode: über 30 Jahre 4-9%. Anstieg mit zunehmendem Alter und bei kardiovaskulären Erkrankungen (3.7% pro Jahr bei schweren kardiovaskulären Erkrankungen).

Pharmakogene metabolische Syndrome treten bei 20-25% der behandelten Patienten auf, viele Jahre früher als sonst üblich. Die cerebro- und kardiovaskulären Folgeerkrankungen erhöhen die Frühsterblichkeit erst nach vielen Jahren und bilden sich daher in aktuellen Mortalitätsstudien nur unzureichend ab.

Erhöhte Diabetesrate von 8-16% mit allen Folgeerkrankungen. Eine mögliche genetische Vulnerabilität verpflichtet zu besonderer therapeutischer Vorsicht.

Ich habe Betroffene in meinem Umfeld, die dick geworden sind und Diabetes haben. Psychosen können dennoch wieder kommen. Dann werden sie „neu eingestellt“, bekommen also wieder mehr Neuroleptika = Nervenlähmungsmittel.

Auch weitere Risikofaktoren der Frühsterblichkeit, Bewegungsmangel und Rauchen werden durch Neuroleptika verstärkt.

In der Psychiatrie fangen auch erklärte Nichtraucher mit dem Rauchen an.

Die Folgekosten für die Behandlung der kardiovaskulären und diabetischen Schädigungen von Patienten sind bisher von keiner Seite hochgerechnet worden. Bei Demenzen sind vermehrte kardiovaskuläre Todesfälle durch Typika und Atypika anerkannt. Analog dazu sind ähnliche Effekte nach langjähriger Neuroleptikaanwendung auch bei jüngeren Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Neurodegeneration

Gesamtdosisabhängige, vor allem frontale Neurodegeneration durch Neuroleptika wurde 1998 durch Bildgebung erstmals nachgewiesen. Eine vor der Publikation stehende 18-Jahres Verlaufsstudie von N. Andreasen bestätigt diesen Abbau grauer Substanz, bei den meisten Patienten 1% pro Jahr.

D2 Rezeptor Sensibilisierung und Upregulation

Neuroleptikabedingte Sensibilisierung und Vermehrung der D2 Rezeptoren verursachen 3 bis evtl. **6-fach erhöhte Rückfallraten** durch Absetzpsychosen, Supersensitivitätspsychosen und verstärkte Symptomatik nachfolgender Psychosen.

Rainer wurde das Opfer seiner Absetzpsychosen. Eigentlich ist das ja völlig logisch. Es ist absolut schädlich, derartige Medikamente einfach wegzulassen. Obgleich Rainer das sehr oft geschafft hat. Es ging ihm noch ein paar Tage schlecht nach dem Absetzen - und dann war er wieder er selbst. Zwar blieben seine Zwänge - damit kam er jedoch in guten Zeiten zurecht. Auch unter der stärksten Neuroleptika-Behandlung waren seine Zwänge nicht weniger, sondern oft noch unerträglicher.

Therapeutische Konsequenzen:

Niedrigdosierung, auch in der Akutbehandlung

Andreasen: „Diese Medikamente müssen mit der niedrigsten möglichen Dosierung angewandt werden, was heute häufig nicht passiert.“

Lieberman: Für alle Medikamente ist die erwünschte Dosis die niedrigste Dosierung, mit der man Vorteile erreicht. („For all medications the lowest dose needed to achieve benefits is the desired dose“.)

Es kann von einer durchschnittlichen Akutbehandlungsdosis von 4 +/- 2mg Haloperidol (-äquivalenten) pro Tag ausgegangen werden. Bei erstmals mit Neuroleptika behandelten Patienten liegen die Dosierungen mit 0.5 – 3 mg Haloperidoläquivalenten um die Hälfte niedriger.

Der klinische Alltag wird dieser Notwendigkeit unzweifelhaft nicht gerecht. Die bestehenden Leitlinien lassen noch zu große Spielräume zu.

Der Patient wird auch erst gar nicht gefragt, ob er die Behandlung mit Neuroleptika möchte. Die Ärzte in der Klinik behaupten, sie würden sich strafbar machen, wenn sie nicht nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft „behandeln“.

Ich habe noch eine typische Szene vor Augen: Rainer wollte sich in der Klinik nicht auf eine Dauerbehandlung mit Seroquel (atypisches Neuroleptikum, Kosten ca. 400 € im Monat) einlassen. „Es hilft mir nicht!“ Eine sehr hübsche junge Ärztin sagte fröhlich: „Sie müssen nicht glauben, dass es Ihnen hilft. Hauptsache ich weiß das“.

Neuroleptikafreie Behandlungsformen:

Mehr als 40% der schizophren diagnostizierten Patienten und weit mehr der anderen Diagnosegruppen **lassen sich gleich gut oder besser ohne**

Neuroleptika behandeln. Wissenschaftliche evaluierte Behandlungsformen sind systemische Ansätze, z.B. **bedürfnisangepasste Behandlung und die Soteria**. Sie wurden lange vom Mainstream der Psychiatrie verleugnet und erscheinen heute besonders aktuell. **Das weniger schädigende und wirksamere Therapieformen in weiten Teilen Deutschlands den Patienten vorenthalten werden erscheint auf Grund der aktuellen Datenlage nicht mehr begründbar.**

Das Fundament einer guten Psychosenbehandlung ist ein komplexes und fokussiertes psychosoziales Behandlungsmodell.

Kerninterventionen sind:

- **Arbeit mit den Familien und dem erweiterten sozialen Kontext von Anfang an und kontinuierlich.**
- **Reizschützende, traumasensible, psychosebegleitende Milieus**
- **Beziehungskontinuität über 5 Jahre (nicht nur Behandlungskontinuität)**
- Mindestens eine dauerhafte tragfähige therapeutische Beziehung, die hoffnungsvoll begleitet.
- **Direkter Lebensfeldbezug und größtmögliche Normalität**
- Psychotherapeutische Kompetenz
- Einzeltherapie bei individueller Indikation
- Frühestmögliche Integration in Ausbildung und Beruf

Neuroleptika müssen in einem solchen Behandlungssystem nur noch selektiv und wenn üblicherweise in niedrigen Dosierungen gegeben werden. Sie ergänzen die psychosoziale Behandlung nur dann, wenn diese allein nicht hinreicht.

Einflussnahme der Pharmaindustrie:

Die weitreichende Täuschung der Fachöffentlichkeit über die Behandlungseffekte und weitere Frühsterblichkeit verursachende Nebenwirkungen der Atypika ist ohne die Industrieabhängigkeit der Psychiatrie in den unterschiedlichsten persönlichen und strukturellen Varianten nicht zu erklären. Viele Psychiater haben sich an dem Marketing der Atypika persönlich bereichert. Bewusste manipulative Täuschung anderer und Blindheit gegenüber den Folgen waren das Ergebnis.

Ich bin ein groß gewordenes ADS-Kind. Für bestimmte Dinge habe ich keinen Sensor.

Dafür sehe ich diese Fehlentwicklung in der Psychiatrie schon seit Jahren. Rainer hat mir mal erzählt, dass der Klinikdirektor immer neue Medikamente verteilte, wenn er aus Amerika zurückkam.

Durch aggressives Marketing und mangelhafte unabhängige Begleitforschung (Phase 4) wurde Mrd. Beiträge der Versicherten vergeudet. 40% dieser Gelder wurden von der Pharmaindustrie für Marketing ausgegeben.

Die Folgekosten für die Behandlung der kardiovaskulären und diabetischen Schädigungen von Patienten sind bisher von keiner Seite hochgerechnet worden. Solange die Psychiatrie sich daraus nicht löst, diskreditiert sie sich selber und kann nicht als wahrhaft wissenschaftlich bezeichnet werden.

Einzufordern ist eine Forschungs- und Publikationspraxis und Information von Klinikern Angehörigen und Betroffenen, die der Wahrheit und bestmöglichen Behandlung verpflichtet ist und nicht der Irreführung als Funktion eigener und industrieller Gewinninteressen.

Die zurückliegende Periode der Atypikaforschung und ihr beschämendes Ende hat den Ruf der Psychiatrie insgesamt beschädigt. Nur eine industrieunabhängige Psychiatrie mit breitem bio-psycho-sozialen Grundverständnis und entsprechender interdisziplinärer Forschungsmethodik vermag diese Selbstdiskreditierung glaubhaft zu überwinden.

Betroffenen und Angehörige sind in diesem Prozess unverzichtbare Kooperationspartner.

Notwendig ist

- Eine unabhängige Psychopharmaka-Forschung
- Ein umfassendes und unabhängiges Informationssystem über Psychopharmaka
- Eine Psychiatrie als interdisziplinäre Humanwissenschaft, in der biologische psychische und soziale Erklärungsansätze und ihre Forschungsmethoden gleichwertig miteinander integriert werden.
- Kontroll-Funktion von Betroffenen und Angehörigen in Forschung und Versorgung

*Kommentiert von Heidi Höhn
2009*