

## NEUROLEPTIKA (ANTIPSYCHOTIKA)

Keine Behandlungsform hat die psychiatrische Therapie einerseits so revolutioniert, andererseits so viele kontroverse Diskussionen ausgelöst wie die Psychopharmaka. Nachfolgend deshalb einige größere Beiträge zu diesem Thema, im Vorliegenden über *Neuroleptika* oder *Antipsychotika*. Zuvor jedoch einige Hinweise über Psychopharmaka generell:

## PSYCHOPHARMAKA

Psychopharmaka sind Arzneimittel mit psychotroper Wirkung, d.h. sie beeinflussen das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, oder kurz: sie verändern Erleben und Verhalten.

Psychopharmaka können nach verschiedenen Aspekten eingeteilt werden; am geläufigsten ist die Klassifikation nach klinischen Gesichtspunkten:

1. *Neuroleptika* (siehe das nachfolgende Kapitel) gegen psychotische Symptome (vor allem hochpotente Neuroleptika) und eine Reihe weiterer Krankheitszeichen (vor allem nieder- und mittelpotente Neuroleptika).
2. *Antidepressiva* (siehe das spezielle Kapitel) gegen Depressionen, Angststörungen u.a.
3. *Tranquilizer* (siehe das spezielle Kapitel) gegen eine Vielzahl von Symptomen und Krankheitsbildern.
4. *Psychostimulantien* (siehe das spezielle Kapitel) mit nur noch wenigen Heilanzeigen (z.B. hyperkinetisches Syndrom und Narkolepsie).

Daneben gibt es noch die Sondergruppe der sog. *Phasenprophylaktika* (Lithiumsalze, Carbamazepin, Valproinsäure, s. das spezielle Kapitel), die ebenfalls auf das Erleben und Verhalten einwirken, üblicherweise aber nicht zu den Psychopharmaka im engeren Sinne gezählt werden.

Außerdem die *Schlafmittel* (*Hypnotika*), *Schmerzmittel* (*Analgetika*), *Betäubungsmittel* (*Narkotika*), *Antiepileptika* (*Antikonvulsiva*) sowie Substanzen ohne anerkannten therapeutischen Nutzen wie *Genussmittel* (Alkohol, Nikotin) und Rauschdrogen.

Schließlich entwickeln auch manche *Medikamente* eine Wirkung auf das zentrale Nervensystem, allerdings nur als Nebenwirkung: Antihistaminika, Muskelrelaxantien, bestimmte Hochdruckmittel, fiebersenkende und entzündungshemmende Arzneimittel u.a.

## ZUR GESCHICHTE DER NEUROLEPTIKA

Beruhigende Verfahren in jeglicher Form gibt es seit Menschengedenken: Das geht von lauwarmen Bädern über beruhigende, angstlösende oder schlaffördernde Pflanzenheilmittel bis zu psychotherapeutischen Maßnahmen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen die ersten chemischen Produkte auf den Markt bis zu den Benzodiazepinen ab Mitte diesen Jahrhunderts.

Doch mit Beruhigung allein war es oft nicht getan. Denn vor allem bei Patienten mit einer Psychose (Geisteskrankheit, wie z.B. Schizophrenie) reicht die reine Beruhigung, selbst wenn sie eine ausgeprägte Dämpfung ist, nicht aus. Es braucht eine gezielte antipsychotische Wirkung (s. später). Dies gab es zwar in Ansätzen auch bei den Pflanzenheilmitteln mit Wirkung auf das Seelenleben, z.B. der *Rauwolfia serpentina* (deshalb auch als „Wahnsinnskraut“ bezeichnet), doch erwies sich dies für den Alltag letztlich als völlig unzureichend – und vor allem risikoreich (Nebenwirkungen!).

Deshalb gab es im Grunde bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts kein wirkliches antipsychotisches Medikament. Doch dann kam die berühmte Phase, innerhalb derer in wenigen Jahren die ersten chemischen Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Phasenprophylaktika (Lithiumsalze) und vor allem das erste Neuroleptikum entwickelt wurden – zwar gezielt beforscht, aber meist mit Unterstützung des Zufalls.

So ist auch die Entwicklung des ersten *Neuroleptikums*, des Chlorpromazins, weniger das Ergebnis eines konkreten Forschungsprojektes, mit dem Ziel, eine medikamentöse Therapie der Schizophrenie zu finden. Vielmehr kamen hier mehrere, zunächst unabhängige Entwicklungstendenzen zusammen:

- Die Bemühungen französischer Chirurgen um eine sichere Anästhesietechnik und um die Verhinderung des chirurgischen Schocks.
- Ein von einer französischen Firma in Paris aufgenommenes pharmazeutisches Entwicklungsprogramm für antihistaminisch wirksame Medikamente (z.B. gegen Allergien).

- Die Suche mehrerer biologisch interessierter Psychiater in Paris, Basel usw., mit pharmakologischen Mitteln eine wirksamere psychiatrische Therapie gegen Psychosen zu finden.

Der Erfolg war spektakulär: Durch dieses Chlorpromazin konnten plötzlich die meisten schizophrenen Patienten in den damals mit diesen Kranken überbelegten psychiatrischen Anstalten soweit von Wahn, Sinnestäuschungen usw. befreit werden, dass man sogar scheinbar chronische Fälle plötzlich zu entlassen vermochte, sofern sie ambulant weiterbetreut wurden. Die durchschnittliche Dauer eines stationären Klinikaufenthaltes nahm deutlich ab. Die psychiatrischen Großkrankenhäuser begannen sich auf eine überschaubare Bettenzahl zu reduzieren. Endlich war eine zumindest symptomatisch (also allein auf die Krankheitszeichen) wirkende Therapie verfügbar, auch wenn die Krankheitsursachen nicht behoben werden konnten (und selbst bis heute durch nichts behoben werden können).

In der Folgezeit entwickelte man zahlreiche Substanzen, die einerseits ähnliche Verbindungen oder Abkömmlinge des Chlorpromazins, andererseits Entwicklungen neuer Wirkstoffe waren. Im Laufe der Zeit gelang es die ursprünglich starke Dämpfung zu mildern. Verstärkt wurde dafür die erwünschte antipsychotische Wirkung auf innere Anspannung, Aggressivität, Feindseligkeit, Trugwahrnehmungen, akute Wahnstimmungen, psychotische Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung, sozialen Rückzug usw.

Damit ließ sich auch die notwendige Tagesdosis sowie die Zahl und Intensität der Nebenwirkungen verringern.

Weitere Einzelheiten s. später.

## DEFINITION

*Neuroleptika* - sind Arzneimittel, die - je nach Wirkstoff - mehr oder weniger stark antipsychotisch sowie unterschiedlich ausgeprägt beruhigend bis dämpfend wirken.

Der Begriff "*antipsychotisch*" ist wissenschaftlich nicht scharf gefaßt. Eine *Psychose* ist eine Geisteskrankheit, bei der - nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - "die Beeinträchtigung der seelischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, daß dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen oder auch der Realitätsbezug erheblich gestört sind." Unter "antipsychotisch" wirksam versteht man meist eine Wirkung auf innere Anspannung, krankhafte

Überaktivität, Negativismus (stets das Gegenteil von dem tun, was man eigentlich sollte), Sinnestäuschungen, akute Wahnsymptome, Rückzug auf sich selber bis zur Isolationsneigung, Aggressivität, Feindseligkeit, Erregungszustände usw. Solche psychotischen Symptome finden sich aber nicht nur bei schizophrenen, sondern auch bei organischen oder durch äußere Einwirkungen ausgelösten (exogene) Psychosen sowie bei einigen krankhaften nicht-psychotischen Zuständen.

### SYNONYME (BEDEUTUNGSGLEICHE BEGRIFFE)

*Neuroleptika* kommt vom griech.: neuron = Wortteil mit der Bedeutung: Nerv, aber auch Sehne, Muskelband sowie: lepsis = annehmen, empfangen.

*Bedeutungsgleiche Begriffe* sind Antischizophrenika (obgleich sie natürlich nicht nur gegen schizophrene Psychosen wirken), Antipsychotika (obgleich dies überwiegend die hochpotenten Neuroleptika betrifft – s.u.), ferner Neurolytika, Neuroplegika, Psycholeptika, Psychoplegika, Neuroplegika, der angelsächsische Begriff: major tranquilizer u.a.

Die *Wirkstoffe* der wichtigsten Neuroleptika finden sich in nachfolgender Tabelle: Einige sind bereits wieder vom Markt, andere kommen ständig hinzu. Die Handelsnamen (d.h. die in den Handel gebrachten Präparate der jeweiligen Wirkstoffe, oftmals mehrere von einem Wirkstoff) werden hier bewusst nicht aufgeführt. Wer jedoch wissen will, zu welcher Gruppe welches Präparat gehört, schaut in dem entsprechenden Beipackzettel (Packungsbeilage, „Waschzettel“) einfach unter Wirkstoff nach und vergleicht dies mit nachfolgender Tabelle.

**Tabelle 1: NEUROLEPTIKA (AUSWAHL)****A. Auswahl nach neuroleptischer Potenz****1. Schwachpotente Neuroleptika**

1. Alimemazin
2. Promethazin
3. Promazin
4. Dixyrazin
5. Thioridazin
6. Chlorprothixen
7. Levomepromazin
8. Pipamperon
9. Melperon
10. Prothipendyl
11. Alimemazin
12. Dixyrazin

**2. Mittlere Potenz**

1. Clozapin
2. Fluanison
3. Periciazin
4. Sulpirid
5. Perazin
6. Clopenthixol
7. Zuclopenthixol
8. Remoxiprid
9. Triflupromazin
10. Zotepin
11. Sertindol
12. Amisulprid
13. Olanzapin

**3. Hochpotente Neuroleptika**

1. Fluspirilen
2. Perphenazin
3. Fluphenazin
4. Haloperidol
5. Flupentixol
6. Pimozid
7. Bromperidol
8. Trifluoperidol
9. Benperidol
10. Risperidon

**B. Auswahl nach Depot-Neuroleptika****1. "Depot-Tranquilizer"**

1. Fluspirilen
2. Fluphenazin-Decanoat

**2. Depot-Neuroleptika**

1. Zuclopenthixoldecanoat
2. Flupentixoldecanoat
3. Fluphenazindecanoat
4. Fluspirilen
5. Perphenazinenantat
6. Haloperidoldecanoat

**C. Auswahl nach Stoffklassen bzw. Freinamen****1. Trizyklische Neuroleptika****Phenothiazine mit aliphatischer Seitenkette**

1. Alimemazin
2. Chlorpromazin
3. Levomepromazin
4. Promazin
5. Promethazin
6. Triflupromazin

**Phenothiazine mit Piperidylseitenkette**

1. Periciazin
2. Thioridazin

**Phenothiazine mit Piperazinylseitenkette**

1. Dixyrazin
2. Fluphenazin
3. Perazin
4. Perphenazin
5. Trifluoperazin

**Thioxanthere**

1. Chlorprothixen
2. Clopenthixol
3. Flupentixol
4. Thiothixen
5. Zuclopenthixol

**Andere trizyklische Neuroleptika**

1. Prothipendyl

**2. Butyrophenone**

1. Benperidol
2. Bromperidol
3. Fluanison
4. Haloperidol
5. Melperon
6. Pipamperon
7. Trifluoperidol

**3. Diphenylbutylpiperidine**

1. Fluspirilen
2. Pimozid

**4. Benzamide**

1. Sulpirid
2. Remoxiprid

**5. Dibenzopine**

1. Clozapin
2. Zotepin

**6. Rauwolfia-Alkaloide und andere Indolderivate**

1. Reserpin
2. Oxypertin

**D. Anhang****Atypische Neuroleptika – Atypika – Neue Neuroleptika-Generation**

1. Clozapin
2. Olanzapin
3. Risperidon
4. Amisulprid
5. Sertindol
6. Zotepin
7. Quetiapin
8. Ziprasidon



## INDIKATIONEN (BEHANDLUNGSANZEIGEN)

Neuroleptika wirken also gegen psychotische Symptome und eine Reihe weiterer seelischer Beschwerden - je nach Art des Wirkstoffes. Man kann sie unterteilen in 1. sogenannte niederpotente (schwachpotente) und 2. hochpotente Neuroleptika sowie 3. solche mit mittelstarker neuroleptischer Wirkung. Allerdings darf man die Begriffe "nieder", "schwach" und "hoch" nicht mit einer Qualitätseinstufung verwechseln. Damit werden letztlich nur unterschiedliche medikamentöse Aufgabengebiete charakterisiert, gleichsam die Spezialisierung der einzelnen Arzneimittel. Wo liegen nun ihre Leistungen?

### **Niederpotente (schwachpotente) Neuroleptika**

*Niederpotente oder schwachpotente Neuroleptika* wirken mit ihrem eher dämpfenden, weniger antipsychotisch ausgeprägten Effekt vor allem bei seelisch-körperlichen Unruhe-, Angst- und Erregungszuständen verschiedener Ursachen. Sie werden deshalb gerne als Zusatzmedikation eingesetzt bei schizophrenen und organischen Psychosen (Geisteskrankheiten), bei manischen Zuständen, endogenen und körperlich begründbaren Depressionen (Gemütskrankheiten), zur vorübergehenden medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Konfliktreaktionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen Erkrankungen, ja zur Entziehungsbehandlung (Alkoholkrankheit, Rauschdrogenkonsum, Medikamentenabhängigkeit) sowie bei - meist chronischen - Schmerzbildern. Auch kann man sie zur Schlafanbahnung nutzen.

Niederpotente Neuroleptika sedieren, d. h. in niedriger Dosierung beruhigen sie, in höherer wirken sie stärker dämpfend. Bei schweren Schmerzzuständen verstärken sie die Wirkung der Schmerzmittel, die man damit z. T. einsparen kann.

### **Hochpotente (stark potente) Neuroleptika**

*Hoch- oder stark potente Neuroleptika* dagegen sind die wichtigsten Medikamente gegen Psychosen. Solche Geisteskrankheiten können vielerlei Ursachen haben: organisch, d. h. durch bestimmte Stoffwechselstörungen in verschiedenen Bereichen des Körpers; äußerliche Einwirkungen (z. B. Kopfunfall); Vergiftungen (z. B. Rauschdrogen); im höheren Lebensalter Durchblutungsstörungen und verstärkter Abbau von bestimmten Nervenzellen u. a. m.

Neben diesen organischen sowie exogenen (von außen kommenden) Ursachen gibt es sogenannte endogene Psychosen. Dazu gehören beispielsweise manische Zustände, die endogenen (von innen kommenden, d. h. biologisch begründbaren) Depressionen, die schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen usw.

Die manische Psychose dämpft man durch hoch- und niederpotente Neuroleptika sowie Lithiumsalze (s. das entsprechende Kapitel) und andere Medikamente. Die endogene Depression wird durch Antidepressiva therapiert (s. diese). Handelt es sich jedoch um eine wahnhafte Depression (Schuld-, Verarmungs- oder Untergangswahn u. a.), dann kann man zusätzlich Neuroleptika verordnen. Die schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen werden vor allem durch hochpotente Neuroleptika behandelt.

Nur am Rande sei erwähnt, daß noch andere Krankheitsbilder von hochpotenten Neuroleptika profitieren können: Zwangskrankheiten, das Alkoholdelir, Psychosen durch Verkalkung der Gefäße im Gehirn bzw. Tumoren usw. Auch bei (meist chronischen) Schmerzbildern können sie als Zusatztherapie nützlich werden. Ja, hochpotente Neuroleptika, die eigentlich gegen Geisteskrankheiten entwickelt worden sind, erfreuen sich in der Verschreibungspraxis sogar wachsender Beliebtheit bei Befindensschwankungen oder seelisch-körperlichen Unruhe-, Angst- bzw. Erschöpfungszuständen, bei entsprechenden Störungen vor oder während der Monatsblutung, in der Menopause, bei vegetativer Labilität, ja sogar bei bestimmten Angststörungen u. a. Dann kann man sie beispielsweise - in stark verdünnter Form - als sogenannte "Wochenspritzen" oder "Wochentranquilizer" intramuskulär injizieren.

### **Neuroleptika mit mittelstarker Potenz**

*Mittelstarke oder mittelpotente Neuroleptika* nehmen eine Zwischenstellung zwischen niederpotenten und hochpotenten Neuroleptika ein und sind damit therapeutisch entsprechend nutzbar.

### **Nicht-psychiatrische Behandlungsanzeigen**

Schließlich haben sich die Neuroleptika nicht nur in der Psychiatrie, sondern in vielen *medizinischen Disziplinen* durchgesetzt: Anästhesiologie, Chirurgie, Dermatologie, Innere Medizin, Neurologie u. a.

Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen. Doch drängt sich die Frage auf: Wie ist die gesellschaftliche Stellung dieser Arzneimittel, wenn sie offensichtlich unersetzlich sind und so vielen Menschen mit den unterschiedlichsten Leiden nützen? Die Antwort lautet: Sie ist zumindest zwiespältig. Nachfolgend daher einige Sätze zu diesem Problem, das nicht

zuletzt deshalb so folgenschwer ist, weil es gerne verdrängt wird - und zwar nicht nur im Kreise der Patienten.

## NEUROLEPTIKA: UNGELIEBT, DOCH UNERSETZLICH

Arzneimittel sind chemische Substanzen. Sie werden hergestellt, verordnet und eingenommen um zu helfen. Insofern dürfte es doch keine Rolle spielen, welchen *gesellschaftlichen Stellenwert* sie haben. Die gesellschaftliche Stellung, also Ruf, Ansehen, Macht, Einfluß usw. sind doch Begriffe, die sich nur auf den Menschen, allenfalls noch auf die Tierwelt mit ihren Rankämpfen übertragen lassen. Greift man hier nicht ein wenig zu hoch? Soll etwa chemischen Mitteln eine Position zugeschrieben werden, die überhaupt nicht zur Diskussion steht?

Nun haben eben nicht nur Menschen, sondern auch leblose Gegenstände einen Stellenwert. Dem begegnen wir auf Schritt und Tritt: Bauten, Autos, Schmuck, Sportartikel, Bücher, ja sogar - und nicht unerheblich durch die Werbung lanciert - die Genußgifte Alkohol und Rauchwaren (und in der Drogen-Szene bestimmte Rauschdrogen). Und sogar bei den Arzneimitteln kann dies registriert werden. Natürlich hängt das 1. mit der zugrundeliegenden Krankheit und ihrem Stellenwert in der Gesellschaft (denn auch das gibt es - man frage nur die Betroffenen) und 2. mit der Art ihrer Nebenwirkungen zusammen. Ohne jetzt auf Einzelheiten eingehen zu wollen, vor allem auf Krankheiten und (ihre) Arzneimittel mit gesellschaftlich höherem Stellenwert, wollen wir uns aus gegebenem Anlaß nur einem Vertreter der Negativ-Skala zuwenden. Und dazu gehören die Neuroleptika - leider.

Man kann dies mit wenigen Sätzen umschreiben, vielleicht ein wenig überspitzt, aber letztlich zutreffend, in dem wir nur die wichtigsten Psychopharmaka vergleichen:

*Beruhigungsmittel* werden am liebsten eingenommen - mit allen Folgen, wie man oftmals (zu) spät erkennt. *Antidepressiva* werden in der Not einer tieferen Schwermut mehr oder weniger toleriert. *Neuroleptika* dagegen sind ungeliebte Medikamente. Die Öffentlichkeit verbindet mit ihnen vor allem belastende, z. T. schaurige Nebenwirkungen. Viele Patienten fürchten sich vor ihnen. Die Medien verteufeln sie ("chemische Zwangsjacke", "Pillenkeule"). Und sogar manche Ärzte machen einen Bogen um sie. Was müssen das für Substanzen sein, die auf eine solche, überwiegend ablehnende Haltung stoßen? Und doch bieten sie ein eindrucksvolles Behandlungs-Spektrum, eine Vielzahl von Hilfsmöglichkeiten - und zwar quer durch mehrere medizinische Disziplinen - bis hin zu leichteren Befindensschwankungen. Woran liegt diese unglückliche Position?

## Der Vorwurf der Suchtentwicklung

Alles was *süchtig* macht, hat keinen guten Ruf. Daß es trotzdem viel verkauft und konsumiert wird, zeigen nicht nur die Rauschdrogen, sondern auch Alkohol und Tabakwaren. Dabei kann man bei letzteren eigentlich gar nicht von "schlechtem Ruf" sprechen, die Gefahren sind ja bekannt, sondern eher vom "schlechten Gewissen" der Verbraucher. Und ähnliches zeigt sich für alle jene Medikamente, bei denen eine *Suchtgefahr* droht:

- *Schmerzmittel*, deren Abhängigkeitsgefahr meist gar nicht realisiert wird,
- *Schlafmittel*, von denen man es vielleicht eher ahnt, "aber was bleibt einem anderes übrig", lautet die Klage der Betroffenen, genauso wie bei manchen Schmerzgepeinigten - s. o.,
- *Weckmittel* oder *Psychostimulanzien*, die inzwischen so gut wie keine Rolle mehr spielen, mit Ausnahme des hyperkinetischen Syndroms („Zappelphilipp“) im Kindes- und Jugendalter sowie bei der Narkolepsie. Dort machen sie sonderbarerweise aber keine Abhängigkeit (s. das entsprechende Kapitel). Das allerdings kann man nicht von den mit ihnen verwandten *Appetitzüglern* sagen, wo die Suchtgefahr gerne verdrängt wird. Und schließlich
- *Beruhigungsmittel* oder *Tranquilizer*, bei denen die Gefährdung, daran hängen zu bleiben, inzwischen ernster genommen wird, nicht zuletzt von der jüngeren Generation von Ärzten und Patienten (s. das spezielle Kapitel).

*Schlußfolgerung*: Süchtig machende Medikamente scheinen im Meinungsbild der Betroffenen entweder "keine andere Wahl zu lassen" oder werden mit "schlechtem Gewissen" eingenommen. (Die kleinere Gruppe, die sich aus verschiedenen Gründen dazu überhaupt keine Gedanken macht, sei hier bewußt ausgeklammert.) Auf jeden Fall kann allein der Verdacht einer möglichen Suchtgefahr ein Arzneimittel in Mißkredit bringen.

Liegt der zwiespältige Ruf der Neuroleptika vielleicht daran? Im Gegenteil. Das alles spielt hier keine Rolle, denn sie haben in dieser Hinsicht einen undiskutablen Vorteil:

Alle Neuroleptika - gleichgültig in welcher Darreichungsform und wie lange eingenommen - machen *nicht* süchtig.

Nun gibt es aber Situationen, in denen ausgerechnet diejenigen, die sich keinerlei Vorwürfe machen müssen, dennoch in Verruf geraten - aus welchen Hintergründen auch immer. Und ähnliches läßt sich manchmal bei den Neuroleptika registrieren: Neben ihrem ungerechtfertigt negativen Ruf wird

ihnen noch oft unterstellt, sie würden abhängig machen. So etwas hört man dann bezeichnenderweise vor allem von jenen, die selber im Übermaß süchtigmachende Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz- und andere Arzneimittel schlucken, ohne sich darüber Rechenschaft abzulegen. Im Gegenteil: Man verdrängt soviel man kann. Wird dann aber das offensichtlich ungeliebte Neuroleptikum vorgeschlagen, sind gerade diese Patienten am schnellsten mit dem unseligen Irrtum zur Stelle: Neuroleptika seien gefährlich, weil sie abhängig machen können. Das ist - bewußt oder unbewußt - eine durchsichtige Ablehnungsstrategie. Lassen wir uns also nicht beirren: Neuroleptika lösen keinerlei Suchtgefährdung aus (s. später).

Eine Ausnahme machen lediglich Kombinationspräparate, die neben dem Neuroleptikum einen ggf. abhängigmachenden Kombinationspartner enthalten. Dann macht natürlich das gesamte Präparat süchtig. Doch das ist selten. Außerdem läßt es sich sehr leicht im Beipackzettel nachlesen. Und schließlich gibt der Arzt gerne Auskunft.

### **Psychologische Aspekte**

Nun geht der zwiespältige Stellenwert der Neuroleptika in unserer Zeit und Gesellschaft aber noch auf etwas anderes zurück, was nicht einer gewissen Tragik entbehrt:

Niederpotente Neuroleptika gegen Unruhe- und Angstzustände oder zur Schlafanbahnung machen hier weniger Sorgen. Ihre Nebenwirkungen sind übrigens auch weitgehend anderer Natur, am ehesten denen der Antidepressiva oder Beruhigungsmittel vergleichbar. Zwar können auch bei niederpotenten Neuroleptika die gleichen Nebenwirkungen auftreten, wie bei hochpotenten (s. später), doch dazu müssten zwei Voraussetzungen gegeben sein: 1. Eine höhergradige Empfindlichkeit gegenüber solchen Nebenwirkungen und/oder 2. eine so hohe Dosierung, wie sie üblicherweise weder empfohlen noch praktiziert wird:

Hochpotente Neuroleptika aber sind die schon erwähnten klassischen Antipsychotika oder Antischizophrenika. Sie müssen also von Psychosekranken, meist schizophren erkrankten Menschen eingenommen werden. Solche Patienten können - besonders im akuten Krankheitsstadium - schon gelegentlich fremd, sonderbar, in ihrem Denken, Sprechen, Handeln für uns mitunter uneinfühlbar, vielleicht sogar bedrohlich wirken. Und so etwas kann dann paradoxerweise auf das - gerade dafür heilsame - Medikament zurückschlagen. Zwar ist dies kein Grund, der von jedermann sofort nachvollziehbar und vor allem akzeptiert wird, aber so ganz von der Hand zu weisen ist dieser Faktor nicht. Wie im menschlichen Alltag: Es bleibt immer etwas hängen.

Und die Patienten selber, wie ist deren Meinung über "ihr" Neuroleptikum? Sicher nicht so durchgehend negativ, wie manchmal behauptet wird. Abfällige Bemerkungen bleiben eben eher haften als positive, wenngleich letztere in der Tat nicht überwiegen. Aber man muß sich - insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen - auch einmal den psychologischen Hintergrund vergegenwärtigen:

Wer über Jahre hinweg Neuroleptika einnehmen muß, um sich vor einem Rückfall zu schützen, der wird schon manchmal bitter. Und dann denkt er nicht nur mit Dankbarkeit daran, daß lediglich dieses Medikament ihn so leben läßt, wie er wenigstens jetzt leben kann - im Gegensatz zu den vielen Patienten-Generationen vor ihm. Dann werden die Neuroleptika oftmals zum "Prügelknaben" des eigenen Schicksals.

Diese - natürlich schmerzliche - Selbsterkenntnis wird man nicht von jedem Menschen erwarten dürfen. Im Gegenteil: Die meisten werden hier den Kopf schütteln und keinerlei Zusammenhang erkennen bzw. anerkennen - jedenfalls für sich. Gleichwohl können auch sogenannte unbewußte Aspekte das Image eines Arzneimittels mitprägen. Und dies scheint uns bei den Neuroleptika besonders typisch - zu Lasten einer unverzichtbaren Wirkgruppe von Medikamenten.

### **Die Angst vor Nebenwirkungen**

Daneben soll nicht verschwiegen werden, daß bestimmte *Nebenwirkungen* der Neuroleptika bisweilen unangenehm, in Einzelfällen sogar furchteinflößend ausfallen können. Dabei muß man sich jedoch die alte Erkenntnis vor Augen halten: keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Glücklicherweise hat gerade die neue Generation der Neuroleptika (sog. Atypika – s. später) die diskriminierendsten Nebenwirkungen weitgehend zurückgedämmt.

Im übrigen sind Nebenwirkungen vor allem *dosisabhängig*. Und deshalb sollte jeder Patient, der Neuroleptika einnehmen muß, mit Hilfe seines Arztes so lange *seine* individuelle Dosis zu regulieren versuchen, bis die unerwünschten Begleiterscheinungen erträglich werden, ohne daß die ersehnte Wirkung wegen Unterdosierung unterlaufen wird.

Zudem muß man wissen, daß gerade bei Neuroleptika die individuelle Empfindlichkeit bei identischer Dosis um den Faktor 1 bis 20 variieren kann. Bildlich gesprochen hat also der eine die gleiche Nebenwirkung mit 10 Tropfen, die beim anderen erst bei 200 Tropfen zu erwarten sind. Das ist ein erheblicher Empfindlichkeits-Unterschied, den man leider zuvor nicht erkennen kann (auch

nicht unbedingt nach Körpergröße oder Gewicht). Er muß einfach für jeden einzelnen ausgelotet werden.

Ansonsten hängen die Nebenwirkungen neben dem jeweiligen Wirkstoff auch von der Art der Einnahme ab, vom Alter (besonders gefährdet sind ältere, aber auch junge Patienten), vom Gesundheitszustand, vom Geschlecht (und zwar je nach Art der Nebenwirkung - siehe diese), von der Geschwindigkeit der Dosissteigerung (je schneller, desto belastender), von der Behandlungsdauer (je länger, desto eher muß mit bestimmten Begleiterscheinungen gerechnet werden, z. B. später auftretende Bewegungsstörungen) und nicht zuletzt vom Aufklärungsstand von Patient und Angehörigen (!).

Zuletzt muß auch hier noch auf eine psychologische Besonderheit aufmerksam gemacht werden: Zum einen registriert ein Großteil der Behandelten - weniger empfindlich und/oder gut auf ihr Medikament eingestellt - keine ernstere Nebenwirkungen. Das ist die berühmte "schweigende Mehrheit", die nur deshalb nicht (positiv) auffällt, weil sie eben schweigt. Hier läuft es eben oftmals ab wie bei den Menschen untereinander auch: Stillschweigen ist Lobes genug. Das mag ein Trend unserer Zeit sein, aber dann darf man sich nicht wundern, wenn den negativen Stimmen ein besonderes, überproportionales, auf jeden Fall nicht der Realität entsprechendes Gewicht zufällt. Leider muß man auch die Schweigsamen verstehen. Denn wer "sein" Neuroleptikum lobt, gibt ja damit auch freiwillig zu erkennen, daß er es benötigt. Und wozu braucht man schon ein (hochpotentes) Neuroleptikum?

Viele sind aber noch aus einem anderen Grund der Meinung, daß sich ihre Befindlichkeit unter diesen Medikamenten nicht gebessert habe: Rückgang oder Abwesenheit bestimmter psychotischer Symptome allein ist für die Betroffenen noch kein Ausdruck von Gesundheit oder gar Wohlbefinden. Schließlich entwickeln Neuroleptika kein inhaltsloses Glücksgefühl, wie dies beispielsweise Beruhigungsmittel, opiathaltige Schmerzmittel usw. auslösen können. Mit anderen Worten: Ein Lob ist nicht zu erwarten, denn mehr als die Wiederherstellung des "normalen Gesundheitszustandes" liegt nicht in der Macht der Neuroleptika. Daß dies trotzdem das Optimum ist, was man sich als Kranker wünschen kann, wird gerne verdrängt. Auch daß man durch einen längerfristigen Neuroleptika-Schutz die sonst drohende Rückfallgefahr weitgehend bannen kann, wird zwar akzeptiert, vermittelt aber im allgemeinen weder Wohlfühl noch Freude. So etwas muß man den meisten Betroffenen erst einmal ausdrücklich klarmachen. Auch ist es nicht jedermanns Sache, sich einen solchen Rückfall erneut als reale Bedrohung vorzustellen - selbst oder vor allem als Betroffener. Besonders die spektakulären schizophrenen Krankheitszeichen werden ja nicht immer als krankhaft erlebt, eher als "umweltbedingte Beeinflussung". Viele schizophren Erkrankte haben zudem -

nachvollziehbar - ein zwiespältiges Verhältnis zu ihren vergangenen Krankheitsschüben.

Dies alles ausführlicher zu erläutern, würde hier zu weit führen. Es stellt aber einen Teil jener Hindernisse dar, die es selbst erfolgreich Behandelten kaum erlaubt, für "ihre" Neuroleptika ein gutes Wort einzulegen.

## SPEZIELLE BEANDLUNGSREGELN

### **Gegenanzeigen, Vorsichtsmaßnahmen und Anwendungsbeschränkungen**

Über die *Gegenanzeigen (Kontraindikationen), Vorsichtsmaßnahmen und Anwendungsbeschränkungen* der Neuroleptika informiert sich der behandelnde Arzt durch die sogenannten Fachinformationen, die ihm vom Hersteller zur Verfügung gestellt werden, und der Patient aus dem Beipackzettel. Über die Problematik dieser Packungsbeilage soll hier nicht weiter diskutiert werden. Sie ist allen bekannt und man arbeitet an diesem Problem – bisher allerdings nicht überall mit dem gleichen befriedigenden Erfolg. Trotz allem sollte man seinen behandelnden Arzt aber dadurch unterstützen, dass man diese Hinweise kooperativ-aufmerksam, nicht aber hypochondrisch-negativistisch studiert - was einem zugegebenermaßen die Aufzählung theoretisch möglicher Nebenwirkungen manchmal nicht ganz einfach macht. Gleichwohl: Am besten ist natürlich derjenige dran, der einen solchen Beipackzettel als das zu nutzen vermag, was er eigentlich sein soll: eine Hilfe im rechtzeitigen Erkennen von möglichen Begleiterscheinungen während der Behandlung. Beispiel: Zwar fragt auch der Arzt vor Therapiebeginn nach entsprechenden Leiden, die als Kontraindikation gelten könnten - sofern ihm diese durch seine eigene hausärztliche Betreuung nicht ohnehin bekannt sind; manchmal aber bringt einen erst das genaue Studium solcher Aufzählungen auf eigene frühere, möglicherweise vergessene organische Schwachstellen oder gar Erkrankungen. Bisweilen hat man auch den Arzt gewechselt oder wird aushilfsweise von seinem Vertreter behandelt. Auf was also muß man bei den Neuroleptika achten?

Jede Substanz hat zwar ihre eigenen *Kontraindikationen*, doch gibt es eine Basis, die praktisch für alle gilt. Dazu gehört z. B. die Überempfindlichkeit gegenüber dem entsprechenden oder verwandten Arzneistoff. Ferner dürfen Neuroleptika nicht gegeben werden bei akuter Vergiftung mit Alkohol oder anderen, zentral dämpfenden Arzneimitteln.

*Vorsicht* ist angebracht bei Leber- und Nierenstörungen, Herz-Kreislauf-Vorschädigung, bestimmten Tumorarten, ausgeprägteren Zuständen mit zu



niedерem Blutdruck, bei hirnorganischen Erkrankungen und ernsteren Anfallsleiden, beim Parkinson-Syndrom, chronischen Atembeschwerden, Harnverhaltung, bei Engwinkelglaukom, Verengung des Magenpförtners (Pylorusstenose), bei depressiven Zuständen u. a.

Allerdings ist dies - wie erwähnt - nur eine Auswahl, die der behandelnde Arzt im Einzelfall abklärt und jeder Patient aus der Packungsbeilage nochmals überprüfen kann.

### **Internistische und orientierende neurologische Routineuntersuchungen**

Jeder psychisch Kranke muß körperlich untersucht werden. Dies betrifft nicht nur die Abklärung der Diagnose (rein seelisch, organische Mitverursachung, körperliche Erkrankung mit vordergründiger seelischer Symptomatik, sogenannte psychische Vorposten-Symptome (Prodromi) bei sich langsam entwickelndem körperlichen Leiden usw.), sondern auch die Frage: Dürfen Neuroleptika laut organischem Befund eingesetzt werden oder nicht (s. Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen)? Ein solches Untersuchungsprogramm enthält folgende Prüfungen, wie sie - je nach Bedarf variiert - nachfolgend kurz aufgeführt sind:

Ausführliche internistische und neurologische Untersuchung mit Kontrolle von Puls, Blutdruck, Blutsenkungsgeschwindigkeit, Blutbild, Harnstatus und Harnsediment, Leber- und Nierenwerten, Elektrolyte (Kalium, Calcium), Lues-Reaktion, ggf. Serum Eisenspiegel und Schilddrüsenwerte u. a.

Bei älteren Patienten und bekannter Vorerkrankung empfehlen sich darüber hinaus Elektrokardiogramm (EKG), ggf. Elektroenzephalogramm (EEG = Messung der Gehirnströme), ggf. Röntgen von Brust und Schädel sowie u. U. Computertomogramm (eine spezielle, röntgenähnliche Untersuchungstechnik). Weitere Untersuchungen nach Bedarf.

Bei längerdauerndem Leiden und älteren Menschen sind diese körperlichen Untersuchungen teilweise nach einiger Zeit zu wiederholen.

### **Schwangerschaft und Stillzeit**

Praktisch alle Neuroleptika dürften mehr oder weniger "plazentagängig" sein, d. h. sowohl die sogenannten Ursubstanzen als auch ihre Abkömmlinge (Derivate) können die Plazenta (Mutterkuchen) passieren und damit in den Kreislauf des Ungeborenen eindringen. Das geschieht natürlich mit vielen Stoffen. Die Frage lautet deshalb: Ist diese Substanz für das Ungeborene belastend oder gar gefährlich oder nicht? Dies betrifft besonders mögliche Mißbildungen, Fehl- oder Todgeburten.

Nun möchte man meinen, daß sich eine solche Diskussion bei einer **Schwangerschaft**, insbesondere in den empfindlichen ersten Monaten, von selber verbietet. Wer schwanger ist, sollte auf jegliche Substanz verzichten, die auch nur andeutungsweise in den Verdacht geraten ist, dem Ungeborenen Schaden zuzufügen. Dies gilt einerseits und eigentlich selbstverständlich für Genußgifte wie Alkohol und Nikotin, von den Rauschdrogen ganz zu schweigen. Dabei kann man allerdings eine mitunter erschreckende Arglosigkeit oder Gleichgültigkeit registrieren. Das sollte man nicht vergessen, wenn man für die nachfolgenden Arzneimittel eine hohe Entscheidungs-Latte anlegt. Doch wird man auch bei den Medikamenten eine ganze Reihe reduzieren oder gänzlich aussetzen müssen, auch wenn es der Schwangeren bisweilen hart ankommt. Dazu zählen allein auf dem Gebiet der Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben beispielsweise Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Schmerzmittel. Das kann - zumindest für letztere - im Einzelfall sehr belastend werden.

Bei den Antidepressiva und Neuroleptika hingegen wird es den Betroffenen und behandelnden Ärzten (Hausarzt, Gynäkologe, Psychiater) schon schwerer gemacht. Hier geht es nicht "nur" um Nervosität, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Schließlich kann eine unbehandelte Depression durch einen verzweifelten Suizidversuch sowohl für Mutter als auch Kind tödlich enden. Und was tut man, wenn während der Schwangerschaft eine schizophrene Psychose mit Sinnestäuschungen, Wahn- und Erregungszuständen, also eine ggf. unhaltbare Situation ausbricht, möglicherweise mit fremdaggressiven Durchbrüchen oder gar Selbstgefährdung?

Glücklicherweise bauen hier die meisten Neuroleptika keine unüberwindbare Schranke auf - jedenfalls nach den bisherigen Erfahrungen. Da bereiten andere Arzneimittel mit psychotroper\* Wirkung mehr Sorgen (man denke nur an die - wahrscheinlich schon vergessene - Contergan<sup>R</sup>-Katastrophe, einem damals sehr beliebten, weil wirkungsvollen Schlafmittel, das zu erheblichen Mißbildungen führen konnte). Neuroleptika aber scheinen - nach Ansicht der Experten - keine unlösbaren Probleme aufzuwerfen. Gleichwohl wird auch hier - vor allem für bestimmte Substanzen - von Mißbildungen berichtet, sehr selten zwar, aber wem nützt diese Erkenntnis, wenn er zu den Betroffenen gehört.

Deshalb sind alle beteiligten Ärzte (s. o.) bei der Gabe von Neuroleptika während einer Schwangerschaft ausgesprochen zurückhaltend. Dies betrifft vor allem die ersten 3 Schwangerschaftsmonate. Was allerdings geschehen soll, wenn während dieser Zeit ein psychotischer Erregungszustand keine andere Wahl läßt, das muß dann im Einzelfall diskutiert werden - in der Regel von einem Gremium von Haus-, Nerven- und Frauenarzt. Wenn sich die Ärzte gezwungen sehen, trotz der Schwangerschaft Neuroleptika zu verordnen, dann

in der geringst möglichen Dosierung. Eingesetzt werden gerne Neuroleptika, von denen bisher keine negativen Folgen in dieser Hinsicht bekannt geworden sind. Vor der Geburt allerdings sollten alle diese Präparate möglichst abgesetzt oder wenigstens stark reduziert werden, um nicht das Neugeborene zu sehr zu belasten.

Wahrscheinlich treten auch alle Neuroleptika in die **Muttermilch** über, wengleich wohl nur in geringen Mengen. Zwar wurden in der Tat ernstere nachteilige Effekte während des Stillens unter Neuroleptika bei den untersuchten Säuglingen nicht beobachtet, doch gilt: Obgleich bisher keine ernsteren negativen Folgen bei den Neugeborenen bekannt geworden sind, deren Mütter mit Neuroleptika behandelt wurden und stillten, soll man hier auf einen Stillwunsch verzichten und besser abstillen.

### Neuroleptika und Suchtgefahr

Einzelheiten zu diesem Thema siehe das spezielle Kapitel, dort wird die entscheidende Erkenntnis noch einmal wiederholt:

Neuroleptika machen *nicht* süchtig.

### Absetzerscheinungen

Daß Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel abhängig machen können, merkt man spätestens dann, wenn man die Einnahme plötzlich stoppt. Dann drohen z. T. quälende, mitunter sogar gefährliche Entzugserscheinungen (siehe die jeweiligen Kapitel). Nun gibt es aber auch bei den nicht-süchtigmachenden Neuroleptika (und Antidepressiva) sogenannte *Absetzsymptome*, wenn man sie zu schnell oder gar schlagartig absetzt. Das hat allerdings nichts mit den Entzugs-Erscheinungen süchtig machender Stoffe zu tun. Es ist nur ein Hinweis darauf, daß der Organismus auf das plötzliche Fehlen dieser Substanz irritiert reagiert - und zwar ohne den Mechanismus einer Suchtentwicklung. Mit was ist zu rechnen?

Absetzerscheinungen beginnen in der Regel bereits wenige Tage nach dem plötzlichen Unterbrechen einer Neuroleptika-Therapie und können bis zu mehreren Wochen andauern. Dazu gehören Übelkeit, Erbrechen, Magen-Darm-Störungen, Schwindel, Zittern, Hitzewallungen, Schwitzen, Herzrasen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Alpträume u. a. Deshalb nie abrupt entziehen oder auch nur zu schnell reduzieren, sondern möglichst langsam und stets ärztlich kontrolliert ausschleichen.

Die Häufigkeit kann nur geschätzt werden, doch dürfte es bei plötzlichem Einnahmestop fast jeden in irgendeiner Form treffen.

### **Suizidgefahr durch Neuroleptika**

Arzneimittel, und nicht zuletzt Medikamente mit Wirkung auf das Seelenleben, werden bisweilen zu *Selbsttötungsversuchen* mißbraucht. Die sich daraus ergebenden Komplikationen richten sich einerseits nach der jeweiligen Substanz, andererseits nach entsprechenden Zusatzbedingungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Eine Überdosis von Neuroleptika vermag zu sehr unangenehmen Konsequenzen zu führen. Dies betrifft vor allem die drohenden frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen. Man lese einmal die speziellen Hinweise (s. später) durch, um zu erkennen, was bei bewußter Einnahme solcher Überdosen durch entsprechende Vergiftung durchzustehen wäre, bevor man im nächsten Krankenhaus durch ein "Gegenmittel" davon befreit werden kann (z. B. Schlundkrämpfe, Atemnot, epileptische Anfälle usw.).

Aber auch alle anderen Begleiterscheinungen, bewußt über die tolerierbare Nebenwirkungs-Grenze getrieben, können sich sehr unangenehm bemerkbar machen, und zwar mit unterschiedlichem Schwerpunkt, je nach Mißbrauch eines hochpotenten, mittel- oder niederpotenten Neuroleptikums. Dies gilt natürlich nicht nur für Selbsttötungsabsichten, sondern auch für ungewollte Vergiftungsmöglichkeiten, z.B. im höheren Lebensalter, insbesondere bei verwirrten alten Menschen.

### **Arzneimittel-Wechselwirkungen mit Neuroleptika**

Die Verordnung bzw. Einnahme mehrerer Medikamente auf einmal nimmt zu. Dies betrifft vor allem das höhere Lebensalter. Dort erzwingen die verschiedenen Leiden häufig den Einsatz unterschiedlicher Behandlungsmaßnahmen. Nun kann aber die Gabe mehrerer Präparate gleichzeitig zu unerwünschten Wechselwirkungen, sogenannten *Arzneimittel-Interaktionen* führen.

Von vornherein wird sich dieses Problem im Praxisalltag nur selten vermeiden lassen. Bei enttäuschendem Ausfall des erhofften Wirkeffektes, noch häufiger aber bei unerwarteten oder unerwartet stark ausfallenden Nebenwirkungen wird sich der Arzt durch Vergleich bestimmter Tabellen in der Fachliteratur einen Überblick verschaffen. Und danach richtet er dann seine Entscheidung: Was muß unverändert, was ggf. in der Dosis reduziert, was u. U. abgesetzt oder

ausgetauscht werden? Nachfolgend einige Hinweise ohne Vollständigkeit, zumal gerade dieser Bereich ständig Veränderungen unterliegt und ergänzt wird:

Eine *Wirkungsverstärkung der Neuroleptika* ist möglich durch Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Antidepressiva, zentral (d. h. direkt auf das Gehirn) wirkende Schmerzmittel, ferner Alkohol, Beta-Rezeptorenblocker, orale Kontrazeptiva ("Pille"), Antihistaminika, Anticholinergika, Dopaminantagonisten, Lithiumsalze u. a.

Eine *Wirkungsabschwächung der Neuroleptika* ist möglich durch koffeinhaltige Getränke in stärkerer Dosierung oder großer Menge: z. B. Kaffee (bekannt ist der große Kaffeekonsum auf psychiatrischen Krankenstationen mit Psychose-Patienten!), Schwarztee oder Colagetränke; ferner Tee, Fruchtsäfte, Aktivkohle, Antazida, Anticholinergika, Dopaminagonisten, Barbiturate, Antiepileptika, das Rauchen usw.

Eine *Wirkungsverstärkung anderer Substanzen* durch Neuroleptika ist ebenfalls möglich. Dies betrifft z. B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Antihistaminika, zentral wirksame Schmerzmittel wie die Opiate, Antidepressiva, Alkohol, Arzneimittel gegen Bluthochdruck, Muskelverspannungen, ferner Kortikosteroide, Beta-Rezeptorenblocker u. a.

Eine *Wirkungsabschwächung anderer Substanzen* durch Neuroleptika findet sich bei Antiepileptika, oralen Antidiabetika (Mittel gegen Zuckerkrankheit), bei Medikamenten gegen Bluthochdruck, das Parkinson-Syndrom usw.

*Schlußfolgerung:* Arzneimittel-Wechselwirkungen durch Einnahme mehrerer Medikamente gleichzeitig sind nicht selten. Manchmal verstärken sie unerwünschte Nebenwirkungen, manchmal schwächen sie die erwünschte Hauptwirkung ab. In der Mehrzahl der Fälle hat derlei keine ernsteren Folgen. In der Regel schon zuvor, spätestens allerdings dann, wenn man sich die Intensität der einen oder anderen Reaktion nicht erklären kann, wird sich der Arzt durch das Studium entsprechender Tabellen (die ständig überarbeitet und ergänzt werden) kundig machen und seine therapeutischen Konsequenzen ziehen.

## **Neuroleptika und Fahrverhalten**

Selbstverständlich möchte kein Arzt seinem Patienten die *aktive Teilnahme am Straßenverkehr* beschneiden. Das beginnt mit der beruflichen, aber auch privaten Notwendigkeit, so mobil zu sein wie andere auch, und endet noch lange nicht bei dem bekannten psychologischen Stellenwert des Führerscheins. Daß es sich hier bereits um ein Statussymbol handelt, wird in so manchen Auseinandersetzungen (Führerscheinentzug) mit den zuständigen Behörden

deutlich - bis hin zu fremd-aggressiven oder gar selbst-aggressiven Durchbrüchen (z.B. Selbstmorddrohung).

Bei den meisten körperlichen Krankheiten sind die Möglichkeiten, Grenzen und damit administrativen Vorgaben relativ eindeutig. Das gleiche gilt für neurologische Leiden mit seelischen Folgen bzw. entsprechenden Medikamenten und ihren Nebenwirkungen (Epilepsie/Antiepileptika. Parkinson'sche Krankheit/Antiparkinsonmittel usw.). Auch bei den Suchtkrankheiten gibt es keine Diskussion. Am besten bekannt und durch die Rechtslage abgesichert ist das Problem des Alkoholkonsums. Halbwegs wissenschaftlich erforscht, im Alltag aber schwer kontrollierbar pflegt der Rauschdrogen-Konsum auszufallen. Leider noch immer viel zu wenig wissen wir über den Einfluß von Arzneimitteln. Außer allgemein gehaltenen Warnhinweisen in den Packungsbeilagen findet man nur wenig nützliche Daten. Und der Satz: "Kann die Verkehrstüchtigkeit (zumal in Kombination mit Alkohol) herabsetzen" findet in aller Regel nicht nur wenig Beachtung, sondern besagt letztlich alles und nichts. Dazu kommt das Problem, daß seelische Störungen nicht nur verkehrsrelevante Arzneimittel erfordern, sondern auch selber noch ggf. die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen können. Allerdings gibt es hier deutliche Unterschiede: Von jenen seelischen Störungen, die den zahlenmäßig größten Teil ausmachen, hört man am wenigsten von nachhaltigen Schwierigkeiten: Konfliktreaktionen, neurotische Entwicklung, psychosomatische Störungen usw. Bei den Geistes- und Gemütskrankheiten, also beispielsweise den schizophrenen Psychosen und den endogenen Depressionen, liegen die Dinge schon komplizierter.

Bei den schizophrenen oder hirnorganisch durch Alter, Unfall, Vergiftungen ausgelösten Psychosen muß deshalb jeder Einzelfall geprüft werden. Im Akutstadium des Leidens, also während Wahnideen, Sinnestäuschungen, Denkstörungen, Erregungs- und Verwirrheitszuständen, Desorientierung usw. ist die Antwort eindeutig. Hier darf der Patient nicht ans Steuer, sollte nicht einmal mit einem Fahrrad am Verkehr teilnehmen. Sogar als Fußgänger kann er für sich und andere zur Gefahr werden. Das leuchtet ein - von den in dieser Phase meist hoch dosierten Arzneimitteln ganz zu schweigen.

Auch während des Krankheitsverlaufs, d. h. in der Regel mitten in der Behandlung, wird der Arzt mit einer Erlaubnis eher zurückhaltend sein. Das hängt zwar vom Einzelfall ab, aber sollte etwas passieren, wird man ihn, die Angehörigen und sogar den Patienten mit unangenehmen Fragen und ggf. Konsequenzen konfrontieren. Außerdem kommt während dieser Phase ja noch das Problem einer wahrscheinlich nicht gering dosierten hoch- und niederpotenten Neuroleptika-Medikation hinzu (s. u.).

Und wie steht es nach Beendigung der akuten Phase: Wochen oder Monate später, in denen nur noch eine medikamentöse Erhaltungsdosis weiterläuft, um die Rehabilitation abzuschliessen und vor allem einen Rückfall zu verhindern? Die Psychose ist weitgehend abgeklungen, jetzt stehen nur noch mögliche Nebenwirkungen zur Diskussion. Das leitet zum eigentlichen Thema über: *Neuroleptika und Fahrverhalten*.

Wenn man genau nachprüft, dann ist man von einem wissenschaftlich befriedigenden *Gefährdungsindex* bezüglich Verkehrs- und Arbeitssicherheit durch verschiedene Arzneimittel noch ein gutes Stück entfernt. Und dies, obgleich Millionen Menschen Medikamente einnehmen und sich am Verkehr beteiligen. Denn dies betrifft nicht nur die Psychopharmaka im engeren Sinne, sondern auch eine ganze Reihe sogenannter psychotroper Arzneimittel, die zwar körperliche Störungen behandeln, dennoch in irgendeiner Form seelische Auswirkungen haben.

Nach den bisherigen Erkenntnissen scheint man aber am meisten aufpassen zu müssen bei Barbituraten (z. B. Schlafmittel, Antiepileptika), Benzodiazepinen (Beruhigungs- und Schlafmittel), Neuroleptika, (trizyklischen) Antidepressiva, Antihistaminika (z. B. Schlafmittel), bei Schmerzmitteln (opiat- bzw. nicht-opiathaltigen) sowie Psychostimulanzien und Antiepileptika.

Nicht ohne Problematik sind auch bestimmte Arzneimittel für organische Indikationen wie Anticholinergika, bestimmte Herz-Kreislauf-Mittel, Muskelrelaxanzien, Betablocker, H<sub>2</sub>-Antagonisten usw. Einzelheiten dazu siehe die Spezialliteratur.

Schon zu Beginn der Behandlung mit Neuroleptika können z. B. früh auftretende Bewegungsstörungen (Frühdyskinesien) der Augen, Arme, Beine und des Rumpfes (s. später) ausführlich beschrieben werden, das Fahrverhalten erheblich beeinträchtigen. Das gleiche gilt sogar für umschriebene Körperregionen, die nicht direkt die Fahrsicherheit betreffen wie mimische Muskulatur, Lippen- und Mundregion, Unterkiefer, Zunge/Schlund usw., weil derlei durchaus abzulenken vermag. Auch muß nicht diskutiert werden, daß ein neuroleptika-bedingtes Parkinson-Syndrom (medikamenten-bedingte Schüttellähmung), zumindest in ausgeprägterem Zustand, zu den gleichen Einbußen führen kann. Und selbst eine Sitz-, Steh- und Gehunruhe (s. später) mit ihren seelischen Begleiterscheinungen kann der erwünschten Verkehrssicherheit sehr wohl abträglich sein. Immerhin sind diese frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen den Betroffenen selber weitgehend bewußt. Das aber ist bei den später ausbrechenden Beeinträchtigungen (Spätdyskinesien nach Monaten oder Jahren der Behandlung) weniger zu erwarten und kann zur Gefährdung eigener Art werden kann.

So gesehen steht also eine extreme, aber auch mittelschwere und sogar leichtere muskuläre Bewegungsunruhe einem sicheren Fahrverhalten mehr oder weniger hinderlich entgegen. Das dürften auch die Betroffenen einsehen. Und wenn nicht, muß sie der behandelnde Arzt unter Zeugen aufklären und seine Aufklärung in der Ambulanzkarte oder Krankenakte schriftlich dokumentieren. Vor allem aber die Angehörigen sollten hier korrigierend eingreifen. Denn bei einem Unfall geht es natürlich nicht nur um den Betroffenen, sondern auch um ahnungs- und schuldlose Mitbeteiligte, von den juristischen Konsequenzen ganz zu schweigen (s. u.).

Sollten jedoch diese - meist durch hoch- und ggf. mittelpotente Neuroleptika ausgelösten - Nebenwirkungen mittels Dosisanpaßung, "Gewöhnung" oder notfalls "Gegenmittel" (z. B. Akineton<sup>R</sup>) weitgehend neutralisiert worden sein, dann stünde auf dieser Ebene einer aktiven Teilnahme am Verkehr nichts im Wege. Das aber zu entscheiden ist Aufgabe des behandelnden Arztes.

Wie steht es nun mit den niederpotenten Neuroleptika (die mittelpotenten nehmen in der Beurteilung dieser Fragen jeweils eine Mittelstellung ein)? Immerhin provozieren diese Medikamente weniger Bewegungsstörungen, und wenn, dann erst in so hohen Dosen, daß zuerst ihr "eigenes" Nebenwirkungsspektrum zum Problem wird. Und das ist vor allem in der Sedierung zu sehen, d. h. in der Dämpfung und damit Beeinträchtigung der Reaktions- und Koordinationsfähigkeit. Man denke nur an eine mögliche Blutdrucksenkung mit Flimmern vor den Augen, Schwindel oder gar Kollapsneigung. Man denke an Sehprobleme durch Anpaßungsstörungen mit Randunschärfe. Und man verkenne nicht die Sekretionsstörungen, weniger von Mund-, Nasen- und Rachenschleimhaut, sondern vor allem durch Minderproduktion von Tränenflüssigkeit mit trockenen und evtl. entzündeten Augen. Von dem Ausbruch eines möglichen Delirs oder anderen Verwirrtheitszuständen bzw. gar von Krampfanfällen ganz zu schweigen.

Was sagt nun die Psychopharmakologie zu dieser Frage von so weitreichender Bedeutung? Sie drückt sich zwar nicht immer mit der erwünschten Klarheit aus, was nebenbei auch gar nicht so einfach ist, läßt aber aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse an gesunden Untersuchungspersonen sowie psychisch Kranken letztlich keinen Zweifel an folgender

*Schlußfolgerung:* Ein Patient, der gerade das Vollbild einer Psychose (Geisteskrankheit) durchmachen muß, darf nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Manche Folgen einer Wahnkrankheit mit Sinnestäuschungen vermögen schon als Fußgänger zu unvorhersehbaren Reaktionen zu führen, so sonderbar sich dies anhören mag. Glücklicherweise pflegen Neuroleptika dieses Krankheitsbild soweit einzudämmen, daß der Betroffene nicht mehr auffällt. Damit könnte dann wieder seine aktive Teilnahme am Verkehr diskutiert



werden. Leider sind zumindest einige Nebenwirkungen dieser Arzneimittel wiederum ein absolutes Hindernis. Und auch in der Folgezeit, in der sich durch Dosisanpaßung bzw. Gewöhnung des Organismus die unerwünschten Begleiterscheinungen weitgehend reduziert haben, sind plötzliche Einbußen bezüglich Reaktions- und Koordinationsfähigkeit nicht auszuschliessen.

So hängt die aktive Teilnahme am Verkehr letztlich von der Beurteilung ab, die der behandelnde Hausarzt/Nervenarzt, die Angehörigen und der verantwortungsbewußte Patient selber zu treffen haben. Und so sehr man dem Patienten auch gönnen mag, sich so bald als möglich wieder in die Reihe der Gesunden einzugliedern, denen nichts verwehrt ist, so sehr halte man den - vielleicht ungerecht anmutenden, aber nicht unrealistischen - Merksatz in Erinnerung, der da lautet:

Selbst bei einem unverschuldeten Unfall kann die Gegenseite juristische Probleme bereiten, wenn sie - wie auch immer - herausbekommt, daß "Medikamente im Spiel sind".

### **Neuroleptika und Arbeitsplatz**

Vielen Patienten mit einer Psychose wird es überhaupt erst durch Neuroleptika möglich, ihre (alte) *Arbeitsfähigkeit* in akzeptabler Zeit wieder zu erlangen. Darüber sollte man sich keiner Täuschung hingeben. Dieser Satz ist deshalb so wichtig, weil man nicht wenige Betroffene mit dem immer gleichen Seufzer antrifft: "Wenn nur erst einmal diese Tabletten weg wären, dann ginge alles besser ..."

Das ist natürlich eine verhängnisvolle, manchmal sogar tragische Fehleinschätzung, eine teils bewußte, überwiegend aber unbewußte Selbsttäuschung, ein Irrtum voller Kummer und Resignation, aber eben ein Irrtum, den man sich eigentlich sparen könnte. Dann aber müßte man sich eingestehen, daß es nicht (so sehr) die unerwünschten Begleiterscheinungen, sondern die noch immer nicht volle Regeneration sind, mit der auch die gewohnte, d. h. volle Arbeitsleistung verbunden wäre. Dann müßte man sich auch eingestehen (oder entsprechend aufgeklärt sein!), was eine solche - über lange Zeit seelisch und körperlich zermürende - Psychose\* selbst Wochen und Monate nach ihrem Abklingen an Energie benötigt, bis alle Kräfte reserven wieder aufgefüllt sind. Und vielleicht müßte man sich in manchen Fällen eingestehen, daß man nach diesem erneuten Rückfall vielleicht nicht mehr mit der früheren vollen Leistung rechnen darf - zumindest kann es länger dauern, "bis man wieder gänzlich auf die Füße kommt".

Das aber sind natürlich schmerzliche Eingeständnisse. Dahinter kann sich ein mühsamer Weg der Selbsterkenntnis, Ratlosigkeit, der Resignation oder

vielleicht gar Hoffnungslosigkeit verbergen. Hier erscheint es natürlich leichter, den größeren Teil der "Schuld" dem Medikament anzulasten.

Dabei besteht die seelische, körperliche und psychosoziale Basis einer erfolgreichen Genesung erst einmal darin, das Leiden und seine möglichen Folgen zu akzeptieren, einschließlich unerwünschter Begleiterscheinungen durch notwendige Medikamente. Hier hilft in der Regel ein wenig Dankbarkeit weiter, Dankbarkeit angesichts der früheren Qual und Aussichtslosigkeit durch solche Krankheiten, gemessen an den heutigen Therapiemöglichkeiten. Und schließlich sollte man dem Organismus genügend Zeit zur Regeneration lassen und die Arbeitsleistung in angepaßten Teilschritten auf das frühere Niveau zu heben versuchen.

Natürlich gilt diese Einstellung generell. Wir haben sie aber ganz bewußt in diesen direkten Zusammenhang mit Verkehrsteilnahme und Arbeitsfähigkeit gestellt. Denn hier machen sich Ungeduld, Resignation, ohnmächtiger Zorn und Verzweiflung am schnellsten bemerkbar. Also gilt es sich für den Genesungsverlauf im allgemeinen und die Nebenwirkungsfolgen im speziellen zu merken:

Die langsam gesteigerte Wiederaufnahme der Arbeit sollte in enger Kooperation mit Hausarzt, Angehörigen, Vorgesetzten, Kollegen und dem Betroffenen selber geplant und realisiert werden. Dabei ist angesichts möglicher Nebenwirkungen (s. o.) vor allem auf gefährliche Arbeitsplätze zu achten (z. B. rotierende Maschinen, Sturzgefahr). Sie sind für die erste Zeit zu meiden. Dies betrifft nicht zuletzt plötzliche Versetzungen wegen Urlaubs- oder Krankheitsvertretung anderer Kollegen, was solche Vorsichtsmaßnahmen gelegentlich unbedacht außer Kraft setzt.

Natürlich ist und bleibt es eine umstrittene Frage, inwieweit Vorgesetzte oder gar Arbeitskollegen über eine seelische Krankheit im allgemeinen und eine Psychose im besonderen informiert sein sollten. Die Patienten sind hier meist ängstlich-zurückhaltend, die Angehörigen unterschiedlicher Meinung, während Hausarzt und wissenschaftliche Erkenntnis dafür plädieren, den Betroffenen nicht noch durch unnötige Vertuschungsmanöver einen zusätzlichen Kräfteverschleiß auszusetzen. Nachbarn, Kollegen und Vorgesetzte wissen in der Regel mehr, als Patient und Angehörige ahnen. Wenn man sich dazu überwinden kann, sie über das Krankheitsgeschehen zu informieren, vielleicht sogar konstruktiv einzubeziehen, ist in der Regel mit keiner Diskriminierung, eher mit Verständnis und gezielter Unterstützung zu rechnen. Man muss es als Betroffener trotz aller verständlichen Furcht nur einmal versuchen und man wird sehen, dass die Kraft, die bisher für Vertuschungsversuche, Resignation und Rückzugstendenzen verloren gegangen ist, jetzt der Genesung zu Gute kommt –

von der mitunter erstaunlichen Hilfsbereitschaft der damit einbezogenen Nachbarn, Arbeitskollegen usw. ganz zu schweigen.

## Neuroleptika und Alkohol

Das Kapitel *Neuroleptika und Alkohol* ist - im Gegensatz zu anderen Fragestellungen - kurz abzuhandeln: Alkohol ist zu meiden, und zwar in jeder Form und Menge (z. B. auch "Gesundheitstropfen"). Und auch zu jedem - noch so festlichen - Anlaß. Zwar sind hier mittel- und vor allem niederpotente Neuroleptika stärker betroffen als hochpotente, doch drohen grundsätzlich bei der Kombination Alkohol/Neuroleptikum in unkalkulierbarem Ausmaß: Benommenheit, Schläfrigkeit, ggf. Blutdruckabfall mit Schwindelneigung, Kollapsgefahr u. a.

## NEBENWIRKUNGEN

### Allgemeine Aspekte

*Nebenwirkungen* sind immer ein Problem. Hier hilft auch nicht der alte Leitsatz: "Keine Wirkung ohne Nebenwirkungen". Einzelheiten zu diesem heiklen Thema würden hier zu weit führen, doch hängen Art und Ausmaß unerwünschter Begleiterscheinungen von folgenden Faktoren ab:

- *Wirkstoff* mit seinem spezifischen Nebenwirkungsspektrum.
- *Dosierung*: je höher, desto mehr Begleiterscheinungen.
- *Behandlungsabschnitt*: Die schwierigste Phase liegt in der Regel zu Beginn der Medikation, die meisten Nebenwirkungen gehen im Laufe der Zeit zurück.
- *Begleitmedikation*: Die Gabe anderer Arzneimittel kann manche Nebenwirkungen verstärken (oder die erwünschte Wirkung abschwächen).
- *Individuelle Empfindlichkeit* in Abhängigkeit von Resorption (Stoffaufnahme), sogenannter Verstoffwechslung im Organismus, ferner von Alter, jeweiligem Gesundheitszustand usw.
- *Weitere Faktoren* wie Aufklärungsstand von Patient und Familie, Belastbarkeit der Angehörigen, bestimmte seelische und psychosoziale Einflüsse (Unduldsamkeit, Ansprüchlichkeit), sonstige Einflüsse (Medien, Nachbarn, Fremde usw.), die unterstützend oder verunsichernd wirken können usw.

Jedes Präparat wird gemessen an seiner Wirksamkeit (je schneller und sicherer, desto besser) und an seiner Verträglichkeit (je weniger Nebenwirkungen, desto

günstiger). Das ideale Medikament sollte also sicher, schnell und nebenwirkungsfrei sein. Dieser Wunschtraum wird sich wohl nie erfüllen lassen, jedenfalls nicht auf dem Gebiet der Psychopharmaka. Damit müssen wir leben lernen. Um aber keine Unzufriedenheit aufkommen zu lassen, lohnt es sich einmal das Kapitel über die *Geschichte der psychotropen Pharmaka* (s. das spezielle Kapitel) zu überfliegen. Erst in den letzten Jahrzehnten sind wir in den Genuß "medikamentöser Revolutionen" gekommen; zuvor mußten sich die Menschen über Jahrtausende hinweg mit weit weniger wirksamen Mitteln behelfen (wie der wohl größere Teil der Menschheit auch heute noch).

Schließlich muß man die Nebenwirkungen in Relation zum Nutzen des entsprechenden Arzneimittels setzen. Wenn dieses Verhältnis nicht stimmt, dann kann man sich entrüsten; im übrigen wird es dann auch kaum zum Einsatz gelangen. Gerade bei den Neuroleptika und Antidepressiva enthebt uns aber dieses Wirkungs-Nebenwirkungs-Verhältnis jeglicher Diskussion. Wenn es sich um eine erschreckende Psychose oder quälende Schwermut handelt, bei der Medikamente unverzichtbar sind, dann wiegt die ersehnte Genesung die Belastung durch mögliche Begleiterscheinungen bei weitem auf. Sie pflegt sogar zu verhindern, daß sich der Betroffene in seinem Elend etwas antut, was manchmal nicht auszuschließen ist. Ist es da nicht vertretbar, mit einigen "unerwünschten Begleiteffekten" leben zu lernen? Doch das heißt nicht, daß man alle Nebenwirkungen ergehen, resigniert oder gar zusätzlich beeinträchtigt bis gequält hinnehmen muß, ohne alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die zu einer erträglichen Situation führen könnten. Was ist zu tun?

Das Wichtigste ist eine möglichst umfangreiche Sachkenntnis. So etwas kann man sich erarbeiten, denn „Wissen ist Macht“ – und zwar Macht zu helfen, sich selber und anderen. Auf was ist zu achten? Im Einzelnen:

- **Frühe neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen**

Die *frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen* sind im Rahmen der Nebenwirkungen das größte Problem. Ihnen galten in letzter Zeit auch die intensivsten Forschungsbemühungen für neue Substanzen mit gleicher Wirksamkeit, aber deutlich verringerter Nebenwirkungs-Belastung. Das hatte im übrigen auch Erfolg (s. später: das Kapitel über atypische Neuroleptika). Trotzdem sind die rasch auftretenden, d.h. frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen oder Frühdyskinesien noch immer eine große Belastung. Was muss man wissen?

Irritierend sind dabei nicht nur die Beschwerden, sondern auch eine Vielzahl *bedeutungsgleicher oder -ähnlicher Begriffe* in der Fachsprache. Beispiele:

Frühdyskinesien, extrapyramidale Frühsymptome, paroxysmale Dyskinesien, akutes hyperkinetisches Syndrom, akute Hyperkinesien, akutes dyskinetisches Syndrom, akute dystone Reaktion, akute Dyskinesie, akutes dystones Syndrom, akute Dystonie, paroxysmales hyperkinetisch-dystones Syndrom u.a.

Im weiteren geht es um die Definition, und hier gilt: Frühe neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen sind schon rasch nach entsprechendem Behandlungsbeginn belastende, plötzliche, gleichsam anfallsweise (unwillkürliche), meist bizarre Bewegungsstörungen der quer gestreiften Muskulatur. Diese ist ansonsten dem Willen unterstellt, also tut gleichsam nur das, was der Betreffende auch will. Jetzt aber hat sie offensichtlich ein medikamenten-bedingtes krankhaftes) Eigenleben entwickelt. Oder konkret:

Frühe neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen sind spontane, unwillkürliche, willentlich nicht beeinflussbare Muskelbewegungen im Gesicht, insbesondere um Augen und Mund, aber auch im Bereich von Zunge, Schlund, Hals, Nacken, Rücken, Schulter, Rumpf, Armen und Beinen.

Als *Vorboten* solcher Störungen können beobachtet werden:

- kloßige Zunge, Pelzigkeits- oder Spannungsgefühl an Lippen und Wangen, eine veränderte Wahrnehmung der eigenen Stimme bis hin zu Störungen einer deutlichen Aussprache, Zahn-, Rücken- und Muskelschmerzen, Druck auf den Augen, ggf. Verstärkung vorbestehender seelischer Symptome.

Das ausgeprägte *Beschwerdebild* äußert sich wie folgt:

- *Mimische Muskulatur*: unwillkürliche Bewegungen der Stirn, der Augenbrauen, der Region um die Augen sowie der Wangen: z. B. Stirnrunzeln, Blinzeln, Grimassieren. Ggf. Lidkrampf, d. h. unwillkürliches Zukneifen der Augen. - Der Gesichtsausdruck der Betroffenen kann ängstlich, schmerzhaft-verzerrt und blaß wirken.

- *Augen*: meist kurzdauernde Starre der Augenbewegung. Unwillentliche Drehung der Augen nach seitwärts und oben, ggf. Fixierung in dieser Stellung (Blickkrampf). Erschwerte Augenbewegung in vertikaler Richtung (oben/unten). Bisweilen Verschwommensehen (Randunschärfe), Doppelbilder oder Augenmuskelkrampf.

- *Lippen- und Mundregion*: Lippenspitzen, Schmollen, Schmatzen, Mümmeln, auch in leichter oder nur angedeuteter Form. Ggf. rüsselförmig nach vorne gestülpte Lippen.

- *Unterkiefer*: Ziehen/Spannen der Kaumuskulatur. Ständiges Kauen und Mundöffnen sowie Beißbewegungen (vor allem Querbewegungen des Unterkiefers mit Knirschen). U. U. Kiefer- und Mundsperr.
- *Zunge/Schlund*: vermehrte Bewegungen sowohl im als auch außerhalb des Mundes. Ggf. krampfartiges Herausstrecken der Zunge. Die Zunge kann mitunter nicht zurückgezogen werden. Unmöglichkeit, den Speichel zu schlucken, dadurch "Sabbern". Im Extremfall Atemnot durch einen Schlundkrampf, vielleicht sogar mit Blauwerden. Nicht selten Sprachstörungen: zuerst nur dezente Hinweise ("schleifende Aussprache"), schließlich "kloßige" Sprache.
- *Arme, Hände, Finger*: Bewegungen, die entweder unregelmäßig schnellspontan oder unregelmäßig langsam-schneckenförmig ablaufen. Steifigkeit der Armmuskulatur mit leichter Beugung in den Ellenbogengelenken. Einschränkung der Geschicklichkeit. Ggf. wurfartiges Schleudern der Arme.
- *Beine, Füße, Zehen*: Außenrollen, Innenrollen, Fersenklopfen, Fußtippen, Fußwinden u. a. Erhöhte Spannung in den Beinmuskeln mit bizarr anmutendem Gangbild. Schließlich quälende Sitz-, Steh- und Gehunruhe (Akathisie - s. später) bis hin zu nicht mehr steuerbarem Bewegungsdrang und zu unruhiggetriebenem Umherlaufen.
- *Halsmuskulatur*: Drehung von Kopf/Hals nach der Seite bzw. nach hinten (Schiefhals).
- *Schultergürtel/Hüfte*: Verziehen der Schultermuskulatur. Hüftendrehen, bisweilen einseitig betont.
- *Rumpf/Rücken*: Schaukeln, Wiegen, Wippen, Verdrehen oder Verrenken des Rumpfes. Extreme Rückwärtsbeugung von Kopf/Rumpf mit Hohlkreuzbildung u. a.

Frühe neuroleptikabedingte Bewegungsstörungen sind beunruhigende, behindernde oder quälende Nebenwirkungen, die der Patient jedoch sofort selber merkt. Sie können sich bereits innerhalb der ersten Behandlungstage äußern (nach einer Injektion sogar noch früher); zu einem späteren Zeitpunkt vor allem nach (abrupter) Dosissteigerung (gelegentlich sogar Dosisreduktion) meist hochpotenter Neuroleptika. Ähnliches droht bei psychischen oder körperlichen Anstrengungen oder wenn der Wirkstoffspiegel im Blutplasmaspiegel stark schwankt. Sie gehen jedoch nach Dosisreduktion bzw. entsprechenden "Gegenmitteln" völlig zurück.

Als *Risikofaktoren* gelten: hochpotente Neuroleptika mehr als mittel- und niederpotente; rasche Dosissteigerung; intravenöse bzw. intramuskuläre Gabe (wie sie etwa durch eine Akut- und Notfalltherapie erzwungen werden kann); jüngere Patienten, vor allem Kinder und Jugendliche öfter als ältere; Männer eher als Frauen. Besonders häufig betroffen sind junge Männer.

### **Was kann mit Frühdyskinesien verwechselt werden?**

Natürlich ist ein so vielfältiges Bild wie die früh auftretenden neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen nicht immer eindeutig und damit rechtzeitig zu erkennen und insbesondere diagnostisch exakt einzuordnen. Auch kann die individuelle Empfindlichkeit so groß sein, daß bereits minimale Dosen, ja sogar die früher häufiger praktizierte Zumischung von Neuroleptika zu anderen Medikamenten (z. B. Schmerzmitteln) solche Reaktionen auslöst - ohne daß man sofort auf die eigentliche Ursache kommt.

Auch können dieses bzw. ein ähnliches Beschwerdebild andere Ursachen auslösen. Dazu zählen beispielsweise neurologische Störungen (bestimmte epileptische Anfälle wie die Schläfenlappenepilepsie oder fokale Epilepsie, deren Krampfschwerpunkt sich auf einen Arm oder ein Bein beschränken kann. Auch Bewegungsstörungen durch eine Tetanie (Wundstarrkrampf), durch eine Meningitis/Enzephalitis (Hirnhaut- bzw. Hirnentzündung), durch Gehirntumoren u. a. sind zu erwägen. Schließlich können auch sogenannte psychotische Manierismen ähnlich aussehen, jedenfalls für den Nicht-Fachmann. Das sind bizarre Bewegungen im Rahmen einer schizophrenen Psychose. Und gar nicht selten denkt man bei frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen auch an hysterische Reaktionen. Denn diese sind häufig vom jeweiligen Umfeld abhängig und pflegen deshalb nicht nur spontan aufzutreten, sondern auch genauso schnell wieder zu verschwinden.

Außerdem: Auch die neuroleptikabedingten frühen Bewegungsstörungen können sich gelegentlich spontan zurückbilden und bisweilen sogar durch suggestive Maßnahmen gebessert werden. Hier bietet sich also ein weites Feld von Verwechslungsmöglichkeiten an, bei dem der Arzt nicht zuletzt auf die exakten Informationen von Patient und Angehörigen angewiesen ist.

### **Was kann man tun?**

Das rechtzeitige *Abfangen* dieser unangenehmen, aber wenigstens sofort auffallenden Begleiterscheinungen ist natürlich nur möglich, wenn der behandelnde Arzt umgehend informiert wird. Für Patient und Angehörige ist jedoch wichtig zu wissen, daß sich diese unerwünschte Behandlungsfolge unter

gemütmässiger Anspannung verstärken kann. Man sollte deshalb den Patienten möglichst konsequent von Streß, Beunruhigung, Auseinandersetzungen usw. fernhalten. In manchem Fall hilft deshalb schon eine sogenannte Reizabschirmung, z. B. ein ruhiger und angedunkelter Raum - und die Bewegungsstörung bildet sich ggf. wieder zurück.

Der Arzt selber wird - sofern es das Zustandsbild erlaubt bzw. Patient und Angehörige ihn nicht zu vorschnellen Reaktionen zwingen -, meist erst einmal abwarten wollen. Nicht selten gehen diese frühen Bewegungsstörungen von selber zurück oder lassen sich durch die Beruhigung des familiären Umfeldes eindämmen. Ansonsten aber wird er die Dosis zu reduzieren versuchen. Und wenn das nichts hilft, setzt er auf ein Neuroleptikum aus einer anderen Stoffklasse um, notfalls auf ein nicht so hochpotentes Präparat. Neuerdings stehen dafür auch die sogenannten atypischen Neuroleptika zur Verfügung, bei denen solche Bewegungsstörungen deutlich reduziert werden konnten (s. später).

Oftmals wird auch zusätzlich ein sogenanntes "*Gegenmittel*" verordnet, meist Akineton<sup>R</sup>. Für die kurzfristige Behandlung entsprechender Krisensituationen ist es unverzichtbar. Wird Akineton<sup>R</sup> grundsätzlich zu dem Neuroleptikum hinzugegeben, möglichst noch über längere Zeit, müssen bestimmte Konsequenzen bedacht werden, die der verordnende Arzt aber bereits abgewogen hat (s. die speziellen Hinweise).

*Schlußfolgerung:* Frühe neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen gehören zu jenen Nebenwirkungen, denen die (vor allem hochpotenten) Neuroleptika ihren unglücklichen Ruf mitverdanken. Die Patienten und nicht zuletzt ihre Angehörigen sind natürlich irritiert, verstört, schockiert und schließlich empört, je nach Art und Ausprägung der erwähnten Begleiterscheinungen.

Furcht verbreiten die frühen Bewegungsstörungen schon deshalb, weil sie so plötzlich, so unvermittelt auftreten. Dabei wäre die Beeinträchtigung an sich nicht einmal das Schlimmste. Beunruhigender, ja schockierender ist die potentielle Bedrohung zu jeder Zeit und in jeder Situation. Oder was würde ein Gesunder sagen, wenn er sich plötzlich in Gesellschaft mit unwillkürlichen Muskelzuckungen im Gesicht, mit Blick-, Zungen- und Schlundkrämpfen konfrontiert sehen würde?

Um wieviel schlimmer ist es bei der Zerbrechlichkeit der leiblichen Konsistenz des schizophren gefährdeten Menschen, der plötzlich erleben muss, dass sich sein Körper oder Teile davon (z.B. Muskeln) verselbstständigen? Das aber sind ja solche frühen Bewegungsstörungen. Kein Wunder, dass die Patienten schon vorbeugend alles einsetzen wollen, was diese „erschreckende und diskriminierende“ Behandlungsfolge eindämmen könnte. Kein Wunder also wegen der ständigen Bitte nach „Gegenmitteln“ oder den neuen (leider sehr



teuren) atypischen Neuroleptika mit weniger entsprechenden Begleiterscheinungen.

Schreck und Scham sind allerdings unnötig. Als erstes sollten die Betroffenen auf die Möglichkeit solcher unerwünschter Medikamenten-Folgen hingewiesen werden, auch wenn man nicht bis ins Detail gehen muß (s. o.). Schließlich trifft es bei sachgemäßer Dosierung nur relativ wenige Prozent der Behandelten. Im weiteren läßt sich diese Nebenwirkung durch entsprechende "Gegenmittel" rasch aufheben. Und schließlich ist bei längerfristiger Therapie die individuelle Dosisanpaßung so gut wie immer erfolgreich, zumindest aber zufriedenstellend. Deshalb sollte gerade diese Art von Nebenwirkungen kein Hinderungsgrund für eine notwendige Behandlung sein.

### • Neuroleptika-bedingte Parkinson-Krankheit

Die *neuroleptika-bedingte Parkinson-Krankheit* ist eine medikamentös verursachte, unwillkürliche, willentlich nicht beeinflussbare "Schüttellähmung", wie das Parkinson-Syndrom in Laienkreisen heißt.

Bedeutungsgleiche Fachbegriffe sind neuroleptika-bedingtes Parkinsonoid, medikamentöse Parkinson-Krankheit, Pseudo-Parkinsonismus, neuroleptisch bedingtes Parkinson-Syndrom, hypokinetisches (-hypertonisches) Syndrom u.a.

Das *Beschwerdebild* ist ähnlich wie bei der eigentlichen Parkinson'schen Krankheit, in diesem Fall jedoch ausgelöst durch bestimmte Arzneimittel: Reserpin, Flunarizin, Methyldopa, Metoclopramid, Antirheumatika usw. Zumeist aber sind es die - insbesondere hochpotenten - Neuroleptika. Deshalb die entsprechenden Zusatzbezeichnungen zur Diagnose Parkinson-Krankheit.

Das arzneimittel-bedingte Parkinson-Syndrom entwickelt sich charakteristischerweise in den ersten Behandlungswochen bis -monaten, kann aber auch schon bereits nach wenigen Tagen auftreten. Als erstes kommt es zu Klagen über Muskelschwäche und Antriebsstörungen, bisweilen auch über Mißempfindungen oder Schmerzen in Armen und Beinen. Dann läßt die Fähigkeit zu feineren Bewegungsleistungen nach: z. B. Finger (Auf- und Zuknöpfen), vor allem Schrift (kleiner, enger, steiler, schließlich zitteriger). Die Arme werden beim Gehen immer weniger mitbewegt, schließlich leicht angewinkelt. Die Lebhaftigkeit und Ausdrucksfähigkeit der Mimik geht zurück (Verarmung der Mimik, einschließlich Verringerung des Lidschlags).

Der Extremfall ist meistens der eigentlichen Parkinson-Krankheit vorbehalten, selten durch Medikamente bedingt, die man natürlich vorher rechtzeitig abzusetzen oder zumindest dosismäßig anzupassen versucht. Schwere Parkinson-Zustände fallen aber vor allem durch ihre Erstarrung der

Gesichtszüge auf, bis hin zum sogenannten Maskengesicht. Der Gang wird immer kurzschrittiger, schlurfender, mit mehrschrittigem Umdrehen. Die Körperhaltung wirkt wie gebunden, nach vorne gebeugt. Die Gesichtshaut wird fettig: Salbengesicht. Der Speichel kann überfließen, nicht weil er zuviel produziert, sondern weil er nicht mehr richtig geschluckt wird. Früh beginnt auch ein fein- bis mittelschlägiges Zittern von Händen, Armen, aber auch Kau- und Mundmuskulatur. Selbst der Kopf zittert, was man vor allem an (z. B. aufgetupierten) Haaren erkennen kann. Auf dieses Zittern geht der Begriff "*Schüttel*"-*Lähmung* zurück.

Schließlich behindert das Zittern, ja Schütteln die grundlegendsten Tätigkeiten. Jetzt lassen sich auch die Arme im Ellenbogengelenk vom Untersucher immer schwerer bewegen. Sie wirken starr und steif. Am Schluß fühlt es sich so an, als ob in das Ellenbogengelenk ein Zahnrad eingebaut wäre ("*Zahnradphänomen*"). Bei bestimmten Bewegungen ist der Patient erst einmal wie blockiert (sogenannte Startverzögerung). Insgesamt wirkt er körperlich müde, verlangsamt, ja wie "gefroren". Aus diesen und anderen Symptomen ergibt sich dann die Bezeichnung Schüttel-*"Lähmung"*.

Zu solche ausgeprägten Parkinson-Krankheitszeichen kommt es aber – wie erwähnt - durch Neuroleptika in der Regel nicht, wenn diese Entwicklung rechtzeitig erkannt, dem Arzt gemeldet und erfolgreich behandelt wird.

Besondere *Risikofaktoren* sind einerseits hochpotente Neuroleptika, insbesondere in höherer Dosierung. Zum anderen scheint das mittlere und höhere Lebensalter (jenseits des 40. Lebensjahres) im allgemeinen sowie das weibliche Geschlecht im besonderen stärker betroffen.

Auch beim medikamentös bedingten Parkinson-Syndrom müssen andere Ursachen ausgeschlossen sein. Dazu gehört einerseits die eigentliche Parkinson'sche Krankheit, die durch die zusätzliche Gabe (hochpotenter) Neuroleptika natürlich noch verstärkt würde. Selten, wenngleich nicht unmöglich ist die Verwechslungsmöglichkeit mit der seelisch-körperlichen Antriebsverarmung ("*Versteinerung*") endogen Depressiver sowie einer besonderen Form der Schizophrenie, nämlich der Katatonie. Bei letzterer führt jedoch der dort häufig anzutreffende Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) und Mutismus (Sprachlosigkeit trotz intakter Sprachorgane) schnell auf die richtige Spur.

Das medikamentöse Parkinson-Syndrom scheint weniger zu ängstigen wie die schon erwähnten frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen. Ein Grund ist wahrscheinlich der, daß es sich nur langsam entwickelt und nicht durch so bizarre oder gar einschließende Muskelbewegungen irritiert.

Die *Therapie* ist ebenfalls kein Problem: Als erstes gilt es die neuroleptische Dosis anzupassen ("so viel wie nötig, so wenig wie möglich"). Das ist bei dem - sich ja in der Regel langsam entwickelnden - Beschwerdebild meist schon für sich allein erfolgreich. Manchmal muß auch auf ein anderes hochpotentes, ggf. mittelpotentes Neuroleptikum umgesetzt werden. Selbst bei Überempfindlichkeit gibt es heute eine Auswahl von Präparaten, die in dieser Hinsicht weniger Schwierigkeiten bereiten. Und schließlich steht das bereits erwähnte "Gegenmittel" Akineton<sup>R</sup> zur Verfügung. Akineton<sup>R</sup> wirkt sofort, bei intravenöser Gabe in die Venen sogar schlagartig (wie bei den frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen auch). Die Gründe, weshalb man sich jedoch nicht unkritisch und über längere Frist dieser medikamentösen Hilfe bedienen soll, finden sich später ausführlicher.

*Schlußfolgerung:* Mit der neuroleptika-bedingten Parkinson-Krankheit muß man in etwa jedem 3. Behandlungsfall rechnen. Deshalb sind - vor allem im ambulanten Bereich von Praxis und Poliklinik - Patient und Angehörige auf die Möglichkeit dieser Begleiteffekte rechtzeitig hinzuweisen. Natürlich gibt es auch hier Kranke mit unterschiedlicher, manchmal geradezu erstaunlicher (Über-)Empfindlichkeit. Doch ist das medikamentöse Parkinson-Syndrom therapeutisch kein Problem. Im Akutfall helfen wirkungsvolle "Gegenmittel", mittel- und längerfristig eine Dosisanpaßung. Notfalls kann auf andere Neuroleptika umgesetzt werden, die in dieser Hinsicht (fast) keine Schwierigkeiten bereiten.

#### • **Neuroleptika-bedingte Sitz-, Steh- und Gehunruhe (Akathisie)**

Die *Sitz-, Steh- und Gehunruhe* wird mit dem Fachbegriff Akathisie bezeichnet, was im griechischen soviel heißt wie: "Unfähigkeit, still zu sitzen". Das sagt schon alles. Die Akathisie ist nach allgemeiner Lehrmeinung eine unwillkürliche, willentlich nicht beeinflussbare, ausgesprochen quälende Unruhe in den Beinen. Sie macht es fast unmöglich, auch nur kurzzeitig ruhig zu sitzen oder stehen zu bleiben. Dazu gesellt sich häufig ein permanenter allgemeiner Bewegungsdrang (Fachbegriff: Tasikinese), der den Betroffenen unruhig-getrieben umherlaufen läßt. Doch dies ist nur der Endzustand. Zuvor irritiert ein psychisches Beschwerdebild, das viele Patienten noch mehr beeinträchtigt als die Bewegungsunruhe selber. Im einzelnen:

*Körperliches Beschwerdebild:* Das arzneimittelbedingte Leiden beginnt - oft zusammen mit der medikamentösen Parkinson-Krankheit (s. o.) - nach ein bis mehreren Wochen neuroleptischer Behandlung wie folgt: Zuerst seelische Beeinträchtigungen (s. u.), dann Spannungsempfinden in der Beinmuskulatur. Danach zunehmende Unruhe: ständiges Hin- und Herbewegen, Schieben, Tippen, Rutschen und Verkanten der Füße, Übereinanderschlagen und Wippen der Beine, auf dem Stuhl Hin- und Herrutschen, Aufstehen-Müssen, getrieben

Auf- und ab-Gehen u. a. In stärkerer Ausprägung kommt es zum Auf-der-Stelle-Treten oder gar fortlaufenden Stampfen mit den Füßen. Bisweilen Muskelzuckungen in den Füßen und schaukelnde Bewegungen des Beckens.

Patienten mit einer solchen neuroleptika-bedingten Sitz-, Steh- und Gehunruhe einschließlich unzählbaren allgemeinen Bewegungsdrangs sind aber - wie erwähnt - auch *seelisch beeinträchtigt*: Dabei irritieren nicht nur dieses "schier rasend machende" Unbehagen in den Gliedmaßen, vor allem in den Beinen, sondern auch eine eigene - offensichtlich medikamentös bedingte - psychische Komponente: mißgestimmt, niedergeschlagen, ängstlich, innerlich unruhig-getrieben, schreckhaft, reizbar, als Extremfolge sogar erregt. Dieser Zustand wird als "künstlich", "aufgesetzt", also nicht zur eigenen Persönlichkeitsstruktur gehörend empfunden ("ich-fremd").

Beide Konsequenzen - seelische wie körperliche - führen dazu, daß es der Betroffene häufig "in seiner Haut nicht mehr aushalten kann". Dies mündet nicht nur in Einschlafstörungen (während des Schlafes geht diese Unruhe jedoch zurück), sondern auch in unnötige Auseinandersetzungen zwischen Patient, Angehörigen, Arzt, Pflegepersonal usw. - bis hin zu aggressiven Durchbrüchen oder Suizidgedanken.

Als *Risikofaktoren* gelten einerseits hochpotente Neuroleptika (auch in Depot-Form), ferner hohe Dosierung, eher mittleres Lebensalter (nach anderen Untersuchungen über alle Lebensalter gleich verteilt) und wahrscheinlich vermehrt das weibliche Geschlecht.

Die *Verwechslungsmöglichkeiten* sind z. T. selbst für den Facharzt nicht immer sofort durchschaubar: Wenn es nur diese Sitz-, Steh- und Gehunruhe wäre bis hin zum Stampfen mit den Füßen, gäbe es sicher keine Probleme. Das erwähnte seelische Beschwerdebild aber kann leicht mißdeutet werden. Dies besonders dann, wenn sich der Betroffene kurzfristig körperlich zusammenzunehmen vermag, seelisch und psychosozial aber nicht mehr zu "bremsen" ist. Dann unterstellt man eine Verschlechterung des Grundleidens, z. B. der Schizophrenie, "mit vermehrter psychotisch bedingter Bewegungsunruhe" - und die Neuroleptika-Dosis wird erhöht. Damit leitet man aber nur einen Teufelskreis ein, denn jetzt wird die seelische und körperliche Unruhe noch stärker.

Gelegentlich gibt es auch Verwechslungsmöglichkeiten mit einer sogenannten agitierten, d. h. unruhig-gespannten bis erregten Depression sowie akuten Angstzuständen bzw. Panikattacken, die ebenfalls mit Rastlosigkeit, Unruhe, Bewegungsdrang usw. einhergehen. Hier hilft jedoch oft die alte Unterscheidungsmöglichkeit weiter:

Angst- und Panikzustände sind mehr im Brustbereich, Sitz-, Steh- und Gehunruhe eher in den Beinen lokalisiert. Die Frage lautet also: Quält die Unruhe mehr oben oder unten?

Die *Behandlung* liegt ausschließlich in der Hand des Arztes, auch wenn körperliche Aktivität, insbesondere ausgiebiges Gehen eine vorübergehende Linderung vermitteln. Leider gibt es - im Gegensatz zu den bisher besprochenen Nebenwirkungen - keine "Gegenmittel" mit so durchschlagendem Erfolg wie das mehrfach erwähnte Akineton<sup>R</sup>. Immerhin wird dieses Arzneimittel auch bei der Akathisie versucht, und bei frühen Formen dieser Nebenwirkung in etwa der Hälfte bis 2 Drittel aller Fälle mit durchaus befriedigendem Erfolg, besonders im Frühstadium und bei Kombination mit dem neuroleptika-bedingten Parkinson-Syndrom, was häufig vorkommt. Im fortgeschrittenen Stadium und vor allem bei reiner Sitz-Steh- und Gehunruhe läßt dann der Therapieerfolg mehr und mehr zu wünschen übrig.

So hilft letztlich nur eine Dosisanpaßung, d. h. Dosisreduktion weiter - und zwar rechtzeitig, soweit es das psychotische Beschwerdebild überhaupt erlaubt. Notfalls muß der Patient auf ein weniger starkes Neuroleptikum umgesetzt werden. Ein Trost ist auch der, daß diese Getriebenheit innerhalb weniger Wochen ausläuft, wenn man das Neuroleptikum völlig absetzt. Dieser Therapieabschluß ist aber krankheitsbedingt meist nicht möglich. Und so bleiben nur weitere Behandlungsversuche, die man wirklich als Versuche bezeichnen muß, denn die Ergebnisse sind unterschiedlich bis ernüchternd, besonders bei sogenannten Spätformen oder gar chronischer Akathisie.

Am meisten Erfolg hat man dabei noch mit sogenannten Beta-Rezeptorenblockern, gelegentlich auch durch sogenannte Benzodiazepine (s. das spezielle Kapitel) sowie eine Reihe weiterer Behandlungsversuche, die vor allem den Facharzt beschäftigen. Erfolgsversprechend sind auch die als mehrfach erwähnten atypischen Neuroleptika, die keine oder nur sehr geringe Nebenwirkungen dieser Art aufweisen und sich deshalb für entsprechend gefährdete Patienten von vornherein empfehle.

*Schlußfolgerung:* Die Sitz-, Steh- und Gehunruhe fällt - in jeder Form und Ausprägung - irritierend bis quälend aus. Ihr körperlicher Anteil kann durch konsequentes Marschieren etwas gemildert werden (was jedoch bei stationärer Behandlung auch wieder seine Grenzen hat). Den seelischen Anteil dieser Nebenwirkung, die etwa jeden 4. bis 5. Patienten betrifft, übersieht man jedoch gerne - bzw. interpretiert ihn falsch als Verschlechterung der psychotischen Erkrankung. Das kann zur Dosis-Erhöhung und damit zu einem unangenehmen Teufelskreis verleiten. Deshalb ist die rechtzeitige Anpassung der neuroleptischen Medikation der wichtigste und erfolgreichste Schritt, auch wenn

einige medikamentöse Erleichterungsmöglichkeiten sowie neue atypische Neuroleptika ohne entsprechende Belastung zur Verfügung stehen.

- **Weitere frühe neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen**

*Weitere neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen* in diesem Zusammenhang betreffen noch

1. die - vor allem bei älteren Patienten vorkommende - *Schiefhaltung* von Kopf, Hals und Schultern, die oft mit innerer Unruhe und Schlafstörungen verbunden ist, das sogenannte *Pisa-Syndrom*,
2. ein feinschlägiges und hochfrequentes *Zittern der Kau- und Mundmuskulatur*, besonders der Lippen, aber ohne Zungenbeteiligung, das wie das Mümmeln eines Kaninchens aussieht (deshalb in Fachkreisen auch als *Rabbit-Syndrom* bezeichnet (vom englischen: rabbit = Kaninchen).

Beides ist natürlich nicht nur störend, sondern ggf. gesellschaftlich diskriminierend. Die *Behandlung* besteht in einer Reduzierung der Neuroleptikum-Dosis, ggf. in der Gabe des bereits mehrfach erwähnten Akineton<sup>R</sup> oder im Versuch mit atypischen Neuroleptika.

- **Spät auftretende neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen**

*Später oder spät auftretende neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen* (Spätdyskinesien) sind unwillkürliche, spontane, willentlich nicht beeinflussbare, automatenhaft wirkende Bewegungsauffälligkeiten. Sie treten - im Gegensatz zu den frühen Bewegungsstörungen - erst Wochen (?), Monate oder gar Jahre nach Beginn einer Neuroleptika-Behandlung auf.

Auch hier gibt es zahlreiche bedeutungsgleiche bzw. – ähnliche Begriffe: späte extrapyramidale Hyperkinesen, maskierte Dyskinesien, tardive Dyskinesien, hyperkinetische Dauersyndrome, persistierende extrapyramidale Hyperkinesen, Späthyperkinesen, späte Dyskinesien bzw. Dystonien u.a. Sie alle bezeichnen im wesentlichen das Gleiche: Fortdauernde Bewegungsstörungen, die - im Gegensatz zu den früheren Dyskinesien – erst spät, d.h. im weiteren Verlauf einer Neuroleptika-Behandlung auftreten.

Die *frühen* Bewegungsstörungen (s. diese) sind es vor allem, die die (hochpotenten) Neuroleptika ins Zwielficht gebracht haben. Doch diese sind schnell erkennbar und durch "Gegenmittel" und schließlich Dosisanpaßung meist rasch und folgenlos zu korrigieren. Die später oder spät auftretenden Bewegungsstörungen, die sich erst nach monate- oder jahrelanger Behandlung zeigen, sind in der Allgemeinheit dagegen eher unbekannt, obgleich gerade sie

den Ärzten das meiste Kopfzerbrechen bereiten (s. u.). Hier ist die Vorbeugung bzw. das rechtzeitige Erkennen beginnender Ersthinweise der wichtigste Faktor - und das ist vor allem die Aufgabe von Angehörigen, Freunden, Arbeitskollegen usw. Denn:

Später auftretende neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen sind anfangs eher diskret. Auch im weiteren Verlauf bereiten sie relativ wenig Beschwerden und werden deshalb von den Betroffenen kaum geklagt – oft nicht einmal bemerkt. Selbst die Umgebung (einschließlich Pflegepersonal) wird relativ spät darauf aufmerksam und verkennt sie oft lange als Ausdruckseigentümlichkeiten ("Tics").

Später auftretende Bewegungsstörungen laufen nach meist gleichem Muster ab, sind vom Willen auf Dauer nicht beeinflussbar (s. u.), gehen bei Ermüdung zurück, verschwinden im Schlaf und nehmen bei gemütsmäßiger Anspannung zu. Bei bestimmten Bewegungen können manche Muskelgruppen ruhiger, andere dafür unruhiger werden. Eine willentliche Unterdrückung ist zwar möglich, jedoch nur kurzfristig. Dies führt zu Mißverständnissen und ungerechten Anklagen.

### **Das Beschwerdebild und seine psychosozialen Folgen**

Das *Beschwerdebild*, das also laut subjektivem Empfinden gar kein so schweres zu sein scheint, ist aber dafür so vielfältig und für manche grotesk oder gar abstoßend, daß man es kaum anschaulich genug zu schildern vermag:

Leck-, Schnautz-, Saug-, Schmatz- und Mümmelbewegungen des Mundes sowie Wälz- und Vorstreckbewegungen der Zunge, ferner Blinzeln, Grimassieren, Hochziehen der Augenbrauen, Lidkrampf, Gesichtstics.

Selbst unbeeinflussbare Grunzlaute sind möglich, wenn das Zwerchfell durch unwillkürliche Zuckungen betroffen ist. Möglich ist auch eine sonderbare Bewegungsunruhe der Extremitäten: schleudernde, stoßende, zuckende, aber auch eigenartig "wurmformig" ablaufende Bewegungen der Arme, Hände und Finger; dazu rhythmische Streck- und Beugebewegungen der Finger ("Klavierspiel-Bewegung"), Rückbeugung der Zehen, Tippeln der Füße u. a. Auch unwillkürliche Bewegungsstörungen von Oberkörper und Becken sind möglich, meist Schaukeln oder Wippen.

Die folgenschwersten Konsequenzen sind vor allem psychosozialer Natur, nämlich eine Distanzierung, Diskriminierung und damit letztlich Isolierung des Betroffenen, der die Ursachen erst einmal gar nicht realisiert - zumindest nicht vollständig. Selbst Mitmenschen guten Willens tun sich hier gelegentlich schwer. Dabei können - scheinbar paradoxerweise - leichtere

Bewegungsstörungen, insbesondere im Gesicht, mehr Befremden nach sich ziehen als ausgeprägte Nebenwirkungen, die den Betroffenen im Meinungsbild der Allgemeinheit eher als "krank" oder gar "behindert" ausweisen. Auf jeden Fall verläuft diese Entwicklung meist deshalb so unglücklich, weil sie sich erst im weiteren Behandlungsverlauf, z. B. nach Entlassung aus stationärer Therapie abzuzeichnen pflegt, - d. h. ohne Vorwarnung und Korrekturmöglichkeiten. Daher die Bitte an die Angehörigen:

Da der Patient selber in der Regel wenig merkt, stets ein Auge darauf haben und im Bedarfsfall umgehend den weiterbehandelnden Arzt informieren, damit er so schnell wie möglich eingreifen kann (s. u.).

Die Schwierigkeit in der Allgemeinheit, solchen Erscheinungen gelassen zu begegnen, zeigen sich übrigens nicht nur bei diesen neuroleptikabedingten Nebenwirkungen, sondern auch bei gar nicht so seltenen Alterserscheinungen: Denn einige der oben erwähnten diskreteren Zeichen finden sich auch als sogenannte "senile Hyperkinesen", also eine krankhafte Muskelunruhe durch vermehrten Nervenzellschwund bestimmter Gehirnareale im höheren Lebensalter - und zwar ohne irgendeine medikamentöse Belastung. Auch hier ist man gelegentlich peinlich berührt, zumal der Betroffene es selber kaum zu bemerken scheint. Daran erkennt man, wie bedeutsam die kontrollierte Mimik ist und wie folgenschwer unkontrollierbare mimische "Entgleisungen" auszufallen pflegen.

Doch zurück zu den arzneimittelbedingten späten Bewegungsstörungen durch (hochpotente) Neuroleptika. Hier sind nämlich sogar ausgeprägtere körperliche Folgen zu erwarten: Kaustörungen, im Extremfall sogar die Unfähigkeit, selbständig zu essen. Daneben Schluckstörungen mit Gefahr des Verschluckens und damit einer Lungenentzündung. Auch können die ständigen Zungen-, Schmatz- und Kaubewegungen zu Geschwüren im Mundbereich führen, besonders bei Zahnersatz. Manchmal drohen auch Bißmahle in der Wangenschleimhaut. Durch die ständige Aktivität kann sich die Zungenmuskulatur verstärken. Wegen gestörter Koordination der Atemmuskulatur ist eine Atemnot mit Blauwerden nicht auszuschliessen. Unwillkürliche Stoß- und Schleuderbewegungen von Rumpf, Armen und Beinen ziehen Hautabschürfungen, Blutergüsse, Blutpfropfbildung (Thrombose) und eine Embolie-Gefahr nach sich (Verschluß durch Blutpfropf). Im Extremfall kommt es zur Unfähigkeit sich an- und auszukleiden - bis hin zu Gehstörungen mit ständiger Sturzgefahr.

Weil sich die erfolgreiche Behandlung dieses beeinträchtigenden Beschwerdebildes so schwierig gestalten kann, ist - wie bereits mehrfach erwähnt - das *rechtzeitige Erkennen* beginnender später Bewegungsstörungen seitens der Angehörigen von großer Wichtigkeit.



Denn auch bei Depot-Neuroleptika in niedriger Dosierung als wöchentliche Depot-Injektion zur "vegetativen Stabilisierung" oder Beruhigung ("Wochentransquilizer") sind später auftretende Bewegungsstörungen nicht unmöglich (siehe später). Auf was muß die Umgebung deshalb achten?

*Erste Anzeichen* solcher spät auftretenden Bewegungsstörungen sind: eine Bewegungsunruhe der Zunge, wie sie jedoch nur - per Zufall oder bei gezielter Prüfung - bei geöffnetem Mund registrierbar ist. Später das unwillkürliche Vor- und Zurückbewegen sowie seitliche Verziehen der herausgestreckten Zunge, die über mehrere Sekunden hinweg nur mühsam oder gar nicht herausgestreckt bleiben kann. Auch unwillkürliche Zuckungen oder Streck- und Beugebewegungen, z. B. des kleinen oder Zeigefingers, sind ein Warnzeichen. Desgleichen dezente Zuckungen im Mund- und Lidbereich. Ständige Tics im Gesichtsbereich, Schaukelbewegungen des Körpers sowie eine allgemeine Bewegungsunruhe von Armen und Beinen deuten bereits ein fortgeschrittenes Stadium an.

## Risikofaktoren

Die *Risikofaktoren* muß man unterteilen in

1. *patientenbezogene Risiken*: eher höheres Lebensalter (Häufigkeit, wahrscheinlich auch Schweregrad der Bewegungsstörungen), öfter beim weiblichen Geschlecht (evtl. nur stärkerer Bewegungsgrad?), bisweilen intellektuell einfacher strukturierte Persönlichkeiten, nicht selten bei Gehirnvorschädigung. Die größte Bedeutung scheint aber eine individuelle Disposition (Neigung) für solche Nebenwirkungen zu haben.

2. *Medikamentenbedingte Risiken*: entsprechende Bewegungsunruhen finden sich ggf. nach langfristiger Einnahme von L-Dopa, Antiemetika wie Metoclopramid, Bromoprid sowie einigen Antiepileptika und Antidepressiva u. a. Am häufigsten aber drohen sie bei (insbesondere hochpotenten) Neuroleptika.

Problematisch ist auch eine hohe Dosis generell. Bedenklich ist ferner das abrupte Absetzen eines Neuroleptikums nach längerfristiger Behandlung. Ob der Einsatz von Depot-Neuroleptika (Wirkdauer zwischen 1 und 4 Wochen) mehr Probleme aufwirft, ist umstritten; es gibt sogar gegenteilige Beispiele, also eine durchaus günstige Beeinflussung.

Die Frage, ob eine längerfristige Gabe der oben erwähnten "Gegenmittel" gegen *frühe* Bewegungsstörungen (z. B. Akineton<sup>R</sup>) die Entwicklung von späten

unwillkürlichen Bewegungsstörungen zu fördern vermag oder nicht, ist umstritten.

Wichtig ist jedoch die Erkenntnis: Spät auftretende Bewegungsstörungen können durch den zusätzlichen Einsatz von Akineton<sup>R</sup> verstärkt werden (s. u.).

### **Verwechslungsmöglichkeiten**

Natürlich gibt es auch bei der Diagnose von Spätdyskinesien *Verwechslungsmöglichkeiten* mit anderen Leiden, die ein ähnliches Bild auszulösen vermögen: z. B. die bizarr-manirierte oder stereotype Bewegungsunruhe katatoner Schizophrener. Oder die unwillkürlichen Bewegungen bei bestimmten Hirntumoren, infektiösen Hirnerkrankungen oder vorzeitiger bzw. altersbedingter Verkalkung der Gehirngefäße. Auch gibt es eine Reihe von neurologischen (z. B. Veitstanz, Schädel-Hirn-Unfälle, Durchblutungsstörungen, Muskelleiden) bzw. internistischen Krankheiten (Überfunktion der Schilddrüse, Schwermetallvergiftung u. a.), die in Frage kommen. Und schließlich sollte man auch psychogene (rein seelisch ausgelöste) Störungen wie Tics, hysterische Reaktionen u. a. nicht völlig ausblenden. Selbst eine schlecht sitzende Zahnprothese hat manchmal vergleichbare Folgen. Zuletzt sei auch noch an eine Reihe anderer Medikamente erinnert, die ein ähnliches Bild auszulösen vermögen.

Zudem kann eine unwillkürliche Bewegungsunruhe nicht nur durch längerfristige Neuroleptika-Behandlung, sondern auch durch mehr oder weniger plötzlichen *Neuroleptika-Entzug* ausgeklintet werden. Das übereilte Absetzen führt zwar vor allem zu Störungen von Magen-Darm-Funktion, Speichelsekretion u. a., aber auch zu "unklaren Bewegungsstörungen". Hier muß man also abwarten: Geht das Beschwerdebild nach einigen Wochen zurück, war es ein zu rasches Absetzen der Neuroleptika. Hält es dagegen weiter an, muß an späte neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen gedacht werden.

### **Therapieversuche**

Und was kann man tun? Wie schon eingangs erwähnt, sind die entsprechenden *Therapieversuche* schwierig und langwierig, für Arzt und Patient u. U. frustrierend, denn: Es gibt keine spezifische und sichere Behandlungsmethode gegen diese spät auftretenden unwillkürlichen Bewegungen. Das muß ganz offen eingestanden werden.

Natürlich hat man eine Reihe von Arzneimitteln erprobt. Dazu gehören z. B. Hydergin<sup>R</sup> oder andere Medikamente gleichen Wirkstoffes, Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine, bestimmte Antiepileptika u. a. m. Hilfreich kann

das Medikament Tiapridex<sup>R</sup> sein - wenngleich meist zeitlich begrenzt. Doch ein sicherer Erfolg kann derzeit auch damit nicht versprochen werden. Auch das - schon mehrfach erwähnte und bei Früh dyskinesien und medikamentösem Parkinsonoid spontan erfolgreiche - Akineton<sup>R</sup> führt hier nicht weiter - im Gegenteil: Es kann die Entstehung von späten Bewegungsstörungen sogar fördern, wenn es zuvor zu lange gegeben wurde und das bestehende Bild verschlechtern. Was bleibt also übrig?

Als erstes muß man prüfen, ob das verantwortliche Neuroleptikum 1. in dieser Dosishöhe und 2. generell unerlässlich ist. Wenn nicht, sollte man langsam, aber wirklich *sehr* langsam auszuschleichen versuchen - nie abrupt absetzen. Manchmal führt eine Dosisreduktion tatsächlich zu einer Linderung. Bisweilen muß schließlich ganz ausgeschlichen werden.

Das birgt aber 2 weitere Probleme: Zum einen müssen damit die Bewegungsstörungen noch lange nicht gänzlich verschwinden, zum anderen entfällt ja der neuroleptische Schutz gegen die Psychose. Also muß man ggf. auf ein anderes Neuroleptikum umsetzen, ein weniger stark wirksames auswählen bzw. eines, das diese Folgen nicht provoziert (z. B. Leronex<sup>R</sup>) und andere atypische Neuroleptika (s. diese). Vorübergehend hilft manchmal auch die Anhebung der Dosis des Neuroleptikums.

Dadurch können in der Tat einige Bewegungsstörungen gelindert oder gar zum Verschwinden gebracht werden. Der Preis aber ist in der Regel ein Teufelskreis: Denn irgendwann beginnt das Problem von vorne - nur auf höherer Dosisebene.

Angesichts dieser - wenig trostreichen - Erkenntnisse kommt folgenden, z. T. schon angedeuteten Überlegungen eine besondere Bedeutung zu: Sind (hochpotente) Neuroleptika unbedingt notwendig? Oder könnte man es - vor allem in der Langzeittherapie - auch mit mittelpotenten Substanzen versuchen, insbesondere bei älteren Patienten und solchen mit hirnganischer Beeinträchtigung bzw. in jenen Fällen, wo man mit einer langfristigen Behandlung rechnen muß? Oder mit jenen mittel- bis höherpotenten Neuroleptika, die in dieser Hinsicht keine Probleme bereiten (atypische Neuroleptika - s. o.)? Kann die neuroleptische Dosis so niedrig und so kurz wie möglich gewählt werden, ohne daß der Therapieerfolg beeinträchtigt wird (Rückfallgefahr unter zu niedriger Dosierung bzw. zu kurzer Einnahmezeit)?

Und schließlich: Weiß man noch, was bei erstmaliger Neuroleptikum-Einnahme passierte? Offensichtlich neigen Patienten, die an raschen und heftigen *frühen* Bewegungsstörungen leiden mußten, in vermehrtem Maße später auch an *Spätdyskinesien*.

Ist eine regelmäßige haus- und ggf. nervenfachärztliche Betreuung gesichert? (Das ist kein Problem der Ärzte, sondern des Patienten, vor allem bei schizophren Erkrankten mit gelegentlich mangelhafter Einnahmезuverlässigkeit bzw. generell unsicherer Therapietreue.) Sind alle Beteiligten über dezente Frühsymptome informiert, um entsprechende Bewegungsstörungen so rasch wie möglich zu erkennen und behandeln zu lassen (Dosisanpaßung, ggf. Umsetzung auf ein schwächer potentes Neuroleptikum)?

### **Schlußfolgerung**

Nun wird der eine oder andere denken: Diese Ausführungen bestätigen ja die schlimmsten Befürchtungen. Das hätte man nicht so detailliert bringen sollen, wenn man an einer Einnahmезuverlässigkeit der Betroffenen interessiert ist. Doch das Gegenteil ist der Fall: Gerade die späten neuroleptikabedingten Bewegungsstörungen zeigen uns, daß man selbst diese zwar seltenen, aber dafür unangenehme Begleiterscheinungen am besten dadurch in den Griff bekommt, daß man offen darüber spricht und alle Beteiligten bittet, ihren betreuenden, d. h. auch kontrollierenden Beitrag dazu zu leisten. So kann man nämlich die Vorteile einer solchen Behandlung nutzen und die dabei zu erwartenden Nebenwirkungen in engen Grenzen halten.

Der andere Weg wäre der, auf diese Therapie ganz zu verzichten. Dann muß man allerdings auch sicher sein, daß man mit den Alternativen - was immer man dafür heranzieht -, den gleichen Erfolg hat, insbesondere langfristig. Das aber dürfte in den meisten Fällen schwer werden. Dagegen pflegen bei einer sorgfältig kontrollierten Langzeittherapie die Vorteile der Neuroleptika-Behandlung gegenüber möglichen Begleiterscheinungen eindeutig zu überwiegen. Dies vor allem bei den Neuroleptika-Neuentwicklungen mit deutlich weniger Problemen in dieser Hinsicht.

#### **• Wirkungen auf das vegetative Nervensystem**

Bei den *Wirkungen auf das vegetative Nervensystem* stehen als unerwünschte Begleiterscheinungen vor allem Mundtrockenheit, Sehstörungen, Harnverhaltung und Verstopfung im Vordergrund. Sie sind kaum bei hochpotenten, sondern vor allem bei nieder- und mittelpotenten Neuroleptika zu erwarten. Hier aber auch nicht so ausgeprägt wie beispielsweise bei manchen Antidepressiva. Im einzelnen.

#### **• Sekretionsstörungen der Speichel- und Schweißdrüsen**

*Trockenheit von Mund-, Nasen- und Rachenschleimhaut:* Durstgefühl, ständiges Anfeuchten der Lippen, ggf. Schmatzen, mitunter Blutungen, Behinderung der Nasenatmung. Bei längerdauernder Mundtrockenheit Gefahr verstärkter

Kariesbildung (s. u.), ggf. sogar Pilzbefall der Mundhöhle (weiße, quarkähnliche Schleimhautbeläge).

*Behandlungsmöglichkeiten* sind regelmäßig Mundausspülen und Wassertrinken (Erfolg begrenzt!), Joghurt, zuckerfreie Süßigkeit oder Eisstückchen lutschen, Kaugummis bzw. Dörrobst kauen u. a. Häufiger als üblich die Zähne putzen und den Zahnarzt aufsuchen. Evtl. künstlicher Speichel (Glandosane<sup>R</sup>-Spray) bzw. medikamentöse Anregung der Speichelsekretion. Für die Nasenschleimhaut spezielle Nasensalbe (*Nasensalbe-Rezept*: Menthol 0,1; Adeps lanae anhydr.; Paraff sublimatum ad 30,0). Bei Pilzinfektion Einsatz eines Antimykotikums. Auf jeden Fall Arzt informieren.

*Sekretionsstörungen der Tränenflüssigkeit*: trockene, evtl. entzündete Augen (hier ggf. künstliche Tränenflüssigkeit), aber auch vermehrter Tränenfluß möglich.

*Vermehrter Speichelfluß*: ausgeprägter Speichelfluß ("Sabbern") vor allem bei Schluckbehinderung durch hochpotente Neuroleptika (gehört also zu den Folgen der Bewegungsstörungen. - "Gegenmittel" möglich, doch empfiehlt sich eher eine Dosisreduktion bzw. notfalls Umstellung auf ein anderes Neuroleptikum.

*Weitere Sekretionsstörungen*: anfallsweise Schweißausbrüche, unabhängig von Temperatur und Tages- bzw. Nachtzeit. Besonders betroffen: Gesicht, Oberkörper, Hände, mitunter auch Rücken, unter den Achseln u. a. - Verminderte Bronchialsekretion: erschwerte Atmung. - Ferner Trockenheit der Scheidenschleimhaut: Schmerzen beim Verkehr. *Therapieversuch*: Ggf. Dosisreduktion oder Umsetzen auf ein anderes Neuroleptikum. Auf jeden Fall Arzt informieren.

### • Magen-Darm-Störungen

Am häufigsten ist hier die Verstopfung: Blähungen, harter Stuhl, erschwerter Stuhlgang, u. U. Krämpfe, Verhärtung der Bauchdecke und ggf. auch Erbrechen. Extremfall: Ileus (s. u.).

*Therapieversuche* in leichteren Fällen: ausreichende Flüssigkeit (Beginn mit einem Glas kalten Wassers am Morgen), ballaststoffreiche Nahrung (Salate, Gemüse, Obst, vor allem Müsli, z.B. 6-Korn), ggf. Lactulose sowie Quellmittel. Wichtig: tägliche körperliche Aktivität ("Gesundmarsch")! Vorsicht vor (heimlichem) Laxanzien-Mißbrauch. Wenn überhaupt salinischen Verbindungen den Vorzug geben.

In seltenen Fällen droht ein *paralytischer Ileus* (*Störung der Darmpassage infolge Darmlähmung, Darmverschluss*): Verstopfung, Blähbauch, Unwohlsein,

Erbrechen, in diesem Fall abgeschwächte bis fehlende Darmgeräusche (im Gegensatz zum Darmverschluß durch mechanische Darmverlegung, gegen die der Darm dann "anzukämpfen" versucht). Gefahr vor allem bei Einnahme mehrerer - mit gleichen Nebenwirkungen behafteter - Arzneimittel wie z. B. niederpote Neuroleptika und bestimmte Antidepressiva, Antiparkinsonmittel u. a. Vorsicht im höheren Lebensalter. In solchen Fällen kann sogar das ansonsten nützliche Müsli (s. o.) zusätzlich belasten. - Umgehend den Arzt informieren.

- **Sehstörungen**

*Sehstörungen* sind möglich, besonders Klage über verschwommenes Sehen bzw. Randunschärfe, vor allem beim Lesen. Hinderlich auch bei Schreibtisch-, Hand- und Werkarbeit. Beunruhigend nicht zuletzt für unaufgeklärte Patienten. In den ersten Wochen ggf. am stärksten ausgeprägt, später Rückgang und Anpassung.

Die neuroleptika-bedingte Erweiterung der Pupille kann bei vorbestehendem Engwinkelglaukom einen Glaukomanfall provozieren. Warnsymptome sind immer wiederkehrendes Verschwommensehen, bisweilen Schmerzen in der Augenhöhle, bei Dunkelheit regenbogenfarbige Ringe um Lichtquellen. - Umgehend betreuenden Arzt informieren, der ggf. einen Augenarzt hinzuzieht. Meist wird auf ein anderes Präparat umgesetzt.

- **Harnverhaltung**

*Harnverhaltung* findet sich vor allem bei älteren Männern sowie bei bisher unerkanntem oder nur knapp kompensiertem Prostata-Adenom (Vergrößerung der Vorsteherdrüse). Gefahr der Harnblasenausweitung mit Schmerzen und ggf. Blasenentzündung. - Zuerst Versuch, die Dosis zu reduzieren. Notfalls Medikament absetzen und ein anderes Präparat mit - in dieser Hinsicht geringerer - Nebenwirkung wählen. Außerdem stehen für kritische Fälle eine Reihe von "Gegenmitteln" zur Verfügung. Im Notfall Katheterisierung der Harnblase.

- **Störung der Temperaturregulation**

Neuroleptika können bei warmer, vor allem aber schwüler Witterung (warm und feucht) zu einem unkontrollierten *Temperaturanstieg* mit Fieber bis zu 42 °C führen (s. später: das maligne neuroleptische Syndrom). Weitere Hinweise: warme, trockene Haut, bisweilen Atemnot, Bewußtseinstörung, Kreislaufkollaps und Krampfanfälle. Diese komplexe Temperaturregulationsstörung ist zwar äußerst selten, kann aber - unerkannt und unbehandelt - zum Hitzschlag mit Kreislaufversagen und folgenschweren Schädigungen des Gehirns führen.

Ursächlich wirken hier mehrere Faktoren zusammen: individuelle Disposition (Neigung) zu solchen Temperaturregulationsstörungen, extreme Außentemperaturen, weitere belastende Umweltfaktoren (s. u.) und das Neuroleptikum (auch bei anderen Arzneimitteln nicht auszuschliessen).

Störungen der Temperaturanpaßung zeigen sich auch bei kalter Witterung: vom leichteren Frösteln bis zur ernsten Unterkühlung, vor allem wenn sich der Betreffende leichtsinnig entsprechenden Witterungsbedingungen aussetzt (also durchaus kritische Situation bei ziellosem Fortlaufen von desorientierten, verwirrten, psychotischen Patienten).

Wichtig ist die Vorbeugung: Die Folgen extremer Außentemperaturen mildern. Zusätzlich belastend sind auch Übergewicht, Alkohol, erschöpfende körperliche Tätigkeit sowie ggf. die höher dosierte Einnahme weiterer Medikamente, die diesbezüglich problematisch werden könnten (z. B. Antiparkinsonmittel). Gefährdet sind nicht zuletzt ältere Menschen und solche mit hirnerkranklicher Vorschädigung. - Ist es zu entsprechenden Krankheitszeichen gekommen bis hin zu Hitzschlag oder Unterkühlung, umgehend den Arzt informieren, der über alle weiteren Schritte entscheidet (notfalls Krankenhauseinweisung).

- **Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System**

- **Änderungen der Herzschlagfolge**

Manchmal können bestimmte Neuroleptika auch zu einer Änderung der *Herzschlagfolge* führen. Der Patient spürt dies an seinem unregelmäßigen Puls, an gelegentlicher Verlangsamung, aber auch an Herzrasen und Herzstolpern. Der hinzugezogene Arzt kann dies anhand der Ableitung eines Elektrokardiogramms (EKG) bestätigen. Solche Veränderungen sind unabhängig von Geschlecht sowie Dauer der Therapie, doch gibt es auch Risikofaktoren, die speziell zu beachten sind: hohe Neuroleptikadosen, Herz-Kreislauf-Vorschädigung, erschöpfende körperliche Tätigkeit (zusammen mit einer höheren Dosierung - s. o.), bestimmte Elektrolytstörungen sowie die Kombinationstherapie verschiedener Medikamente, die schon jeder für sich die Erregungsleitung und Erregungsrückbildung am Herzen beeinflussen können.

Nicht in jedem Fall wird der Arzt - selbst nach objektivierbaren EKG-Veränderungen - das Medikament auswechseln. Allerdings kennt er Neuroleptika, die in dieser Hinsicht mehr und solche, die weniger belastend sind. Also wird er sich ggf. danach richten.

- **Blutdrucksenkung**

Während der ersten Behandlungstage von - vor allem niederpotenten - Neuroleptika ist ein leichter Blutdruckabfall häufiger zu registrieren. Allerdings kommt es nur selten so weit, daß der Betroffene durch Flimmern vor den Augen, Schwindel oder gar Kollapsneigung beeinträchtigt ist. Etwas schlechter stellen sich natürlich Patienten mit vorbestehendem niedrigerem Blutdruck (in der Regel häufiger Frauen), ältere Menschen, die ohnehin zu sogenannten Kreislaufdysregulationen neigen sowie jene Kranke, bei denen die Dosis rasch erhöht oder mittels intravenöser Gabe (in die Venen) bzw. durch Tropf-Infusionen verabreicht wird.

Wichtig ist - wie stets - eine rechtzeitige *Aufklärung* und *Vorbeugung*: Vor allem morgens nach dem Erwachen abrupte Lageänderungen vermeiden, langsam aufsitzen, eine Weile am Bettrand verweilen, nicht zu schnell bücken. Anschließend Bürstenmassagen (morgendliches Trockenbürsten) und ggf. Wechselduschen (mit kalt abschliessen). Täglich körperliche Aktivität (z. B. "Gesundmarsch", Fahrradfahren, Schwimmen, Gartenarbeit ohne allzuvielen Bücken). Für ältere Patienten ggf. Stützstrümpfe. - Der Arzt selber wird bei entsprechend kompensierter Kreislauflage das nieder- oder mittelpotente Neuroleptikum - hochpotente machen in dieser Hinsicht fast keine Probleme-, dosismäßig vorsichtiger einschleichen und langsamer erhöhen. Auch achtet er speziell auf entsprechende Arzneimittel-Wechselwirkungen, insbesondere mit anderen blutdrucksenkenden Psychopharmaka (Antidepressiva, Tranquilizer). Hat ein Patient einen Hochdruck und ist bereits auf ein blutdrucksenkendes Antihypertensivum eingestellt, dann kann auch die weitere Senkung eines ursprünglich recht hohen Blutdrucks zu entsprechenden Beeinträchtigungen führen (s. o.). Der behandelnde Arzt weiß dies, ein ggf. hinzugezogener Notarzt (Sonntagsdienst), der z. B. niederpotente Neuroleptika verordnet, sollte allerdings von Patient oder Angehörigen auf die blutdrucksenkende Behandlung hingewiesen werden.

Im allgemeinen regelt sich ein neuroleptika-bedingter Blutdruckabfall im Laufe der Zeit befriedigend ein. Ist dies nicht der Fall und reicht auch keine Dosisreduktion, muß ggf. auf ein anderes Präparat umgesetzt werden. Denn hier gibt es tatsächlich Neuroleptika, die in dieser Hinsicht mehr und solche, die weniger Probleme aufwerfen. - Bei plötzlichem Blutdruckabfall mit Kollaps umgehend den Arzt informieren, der dann alle weiteren Entscheidungen trifft. Und nochmals - nicht vergessen: Dem herbeigerufenen Notarzt, der keine genaue Kenntnis der eingenommenen Medikamente hat, alle Arzneimittel aufzählen oder die Beipackzettel aus den Medikamentenschachteln bereitlegen!

### • Hauterscheinungen

*Hauterscheinungen als neuroleptische Nebenwirkung* waren früher ernster und häufiger. Offensichtlich achtet man heute schneller auf solche unerwünschten



Begleiterscheinungen und paßt sich dann dosismäßig an - oder reagiert umgehend mit Schutzmaßnahmen. Eine *Photosensibilisierung*, d. h. eine verstärkte Empfindlichkeit auf Lichtexposition, ist heute bei vielen gebräuchlichen Pharmaka bekannt: Antibiotika, Antihistaminika, Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine, Arzneimittel gegen die Zuckerkrankheit, gegen Pilzbefall, Herz-Rhythmusstörungen, Rheuma, ja sogar die "Pille" usw. Problematisch bleiben zumindest auch einige Neuroleptika. Dabei kann es zu den vielfältigsten Hauterscheinungen kommen, vom leichtesten Ausprägungsgrad bis zu Arzneimittelausschlägen, die den ganzen Körper mit Schwellungen, Blasen usw. befallen.

Unruhe unter den Betroffenen verbreitet auch eine verstärkte Pigmentbildung an sonnenexponierten Hautstellen in verschiedenen Farbschattierungen (schiefergrau, bläulich-bräunlich, purpur). Selbst die inneren Organe (Leber, Niere) können von solchen Pigmenteinlagerungen betroffen sein, sogar Hornhaut und Linse des Auges. Offenbar besteht eine Abhängigkeit dieser unerwünschten Wirkung von der Dosierung, der Therapiedauer (meist jahrelange Einnahme höherer Dosen), evtl. auch vom Typ (Haar und Hautfarbe) und Geschlecht des Betroffenen (Frauen überwiegen). Vor allem aber natürlich von der Art des Neuroleptikums, worauf der Arzt bei entsprechender Vorbelastung schon von vornherein Rücksicht nimmt. Deshalb sind Zahl und Ausmaß arzneimittelbedingter Pigmentierungen in letzter Zeit deutlich zurückgegangen.

Auf was muß man jedoch schon von Seiten des Patienten achten? Wer weiß, daß er in dieser Hinsicht empfindlicher reagiert, muß dies umgehend dem Arzt mitteilen. Ansonsten sollte er sich gegen die Möglichkeit einer Photosensibilisierung entsprechend schützen: Kleidung, Sonnenhut, Sonnenschutzlösungen mit protektiven Wirkstoffen gegen das UV-A- und UV-B-Spektrum (wiederholt auftragen!). Bei Brennen und Juckreiz wird der Arzt lindernde Medikamente verordnen. Halten die Beschwerden an, muß auf ein anderes Neuroleptikum umgewechselt werden.

Bei einer übermäßigen Pigmentbildung wird man ohnehin auf ein diesbezüglich problemloseres Neuroleptikum umsetzen und auch hier mit Dosis und Therapiedauer so zurückhaltend wie möglich sein. Auch gelegentliche Medikamentenpausen helfen weiter - sofern dies das Krankheitsbild überhaupt zuläßt. Wichtig ist eine regelmäßige Kontrolle durch Hausarzt bzw. Dermatologen und Augenarzt (Pigmenteinlagerung in Hornhaut und Linse des Auges).

Bei Arzneimittlexanthemen, die sich schon um die erste Woche nach Behandlungsbeginn in vielfältiger und breitflächiger Weise zeigen können, wird man wahrscheinlich die auslösende Substanz absetzen müssen. Allerdings gibt

es auch andere Ursachen, die vorher ausgeschlossen sein sollten: allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel, Kosmetika, Seife, Lotionen usw. Meist setzt man aber auf ein anderes Neuroleptikum um.

### **Solarien meiden**

Zum Schluß sei noch auf eine Modeerscheinung hingewiesen, die in dieser Hinsicht von wachsender Bedeutung ist: die Benutzung von *Solarien*. Schon die normale Sonnenbestrahlung an meist nur schwer schützbaeren Stellen (Gesicht, Hände) kann zu entsprechenden Folgen führen (s. o.). Noch ausgeprägter gilt dies natürlich für Sonnenbäder. Dabei ist es gar nicht nötig, auf die heutigen Pharmaka zu schimpfen, denn auch das seit Jahrtausenden hilfreiche Johanniskraut hat mit ähnlichen Problemen zu kämpfen - selbst bis zum heutigen Tag in moderner Darreichungsform als Tropfen, Dragees, Tabletten, Kapseln usw.

Besonders folgenreich aber ist im Rahmen des modernen "Bräunungswahns" der wachsende Einsatz von *Solarien* - zu Hause und in entsprechenden Institutionen. Ganz abgesehen von generellen Bedenken bei unkritischem Einsatz wird von vielen Fachärzten der Aufenthalt in Solarien während einer Arzneimittelbehandlung für durchaus problematisch gehalten. Denn die Möglichkeit einer sogenannten phototoxischen oder gar photoallergischen Reaktion ist nicht auszuschliessen.

Die meisten Solarien strahlen das für solche Reaktionen verantwortliche UV-A-Spektrum aus. Dazu ist die Zahl der diesbezüglich bedenklicher Medikamente nicht gering, so daß man es im einzelnen fast nicht mehr überblicken kann (s. o.). Deshalb hört man immer wieder die Warnung:

Wer bis zu 2 Tagen vor dem Besuch eines Solariums ein Medikament eingenommen hat oder gar regelmäßig auf Medikamente angewiesen ist, der sollte zuvor seinen Arzt befragen. In manchen Fällen mag (bisher) keinerlei Beeinträchtigung bekannt geworden sein, in anderen ist die Reaktion tolerierbar, in einigen aber unangenehm. Zu letzteren gehören z. B. Neuroleptika, Antidepressiva, gewisse Beruhigungsmittel usw.

### **• Störungen des blutbildenden Systems**

*Veränderungen des Blutbilds*, und zwar sowohl der roten wie weißen Blutkörperchen sowie der Blutplättchen und Lymphozyten sind unter (längerfristiger) Gabe von Medikamenten schon allgemein nicht selten. Neuroleptika machen hier keine Ausnahme (genauso wie Antidepressiva. Einzelheiten würden hier zu weit führen und sind natürlich auch nur durch den behandelnden Arzt zu objektivieren (Blutbild) und zu behandeln. Allerdings gibt

es einige Hinweise, die auch dem Patienten und seinen Angehörigen bekannt sein sollten:

Blutbildveränderungen zeigen sich typischerweise schon in den ersten Monaten der Therapie, oft schon nach den ersten Wochen. Häufigkeit, Form und Intensität des Auftretens sind abhängig von der Art des Präparats, von der Höhe der Dosis und der Dauer der Behandlung (und damit von der Gesamtmenge, die im Laufe einer Zeit eingenommen wurde). Patienten im mittleren und höheren Lebensalter im allgemeinen sowie Frauen im speziellen scheinen öfter betroffen. Das gleiche gilt natürlich auch für jene, bei denen bereits Störungen der blutbildenden Organe (z. B. Knochenmark) vorliegen.

Ein besonderes Warnzeichen ist die Entwicklung eines Zustandes, den man als "Grippe ohne Grippe" bezeichnen könnte:

Zu achten ist auf unerklärliches Unwohlsein, steigende Temperaturen, Halsschmerzen, Zahnfleisch- und Mundschleimhautentzündungen, Schleimhautgeschwüre, eitrige Angina oder grippeähnliche Beschwerden. Dann umgehend den Arzt aufsuchen.

Der Arzt wird sofort klären, was wirklich dahintersteckt. Hat auch er den Verdacht einer möglichen Störung des blutbildenden Systems, wird er alles Notwendige veranlassen: Blutbild, später in bestimmten Abständen weitere Kontrollen, ggf. Dosisreduktion. Bei einer nicht mehr tolerablen Grenze der Blutwerte Absetzen des vermutlich auslösenden Medikaments und Umsetzen auf ein anderes, von dem man weiß, daß es in dieser Hinsicht weniger belastet. War das abgesetzte Arzneimittel tatsächlich die Ursache, kann sich die Blutbildveränderung innerhalb weniger Wochen zurückbilden. Zudem verordnet der Arzt evtl. weitere Maßnahmen, die die Normalisierung unterstützen und eine mögliche Infektionsgefahr bannen.

- **Wirkungen auf Leber, Niere und Harnwege**

*Leberfunktionsstörungen* sind möglich, wenngleich sehr selten, manchmal schon in den ersten Wochen bis Monaten der Behandlung. Meist handelt es sich um eine unspezifische Erhöhung bestimmter Leberwerte (Serumtransaminasen, Gamma-GT, SGOT, SGPT und alkalische Phosphatasen). Sie normalisieren sich auch ohne Änderung der Medikation überwiegend spontan. Bei unverändert hohen Leberwerten, bei akuter Hepatitis (Leberentzündung) oder gar Ikterus (Gelbsucht mit zuerst leichteren Temperaturen und Magenbeschwerden) wird der behandelnde Arzt das Neuroleptikum absetzen.

Auch wenn ein sogenannter cholestatischer Ikterus (Gallenstauung) unter Neuroleptika sehr selten ist, sollte man doch wissen, welche sogenannten

Vorposten-Symptome, die manchmal über Nacht auftreten und mehrere Tage lang anhalten können, darauf hinweisen:

Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Schmerzen im Oberbauch (vor allem rechts oben), Unwohlsein, allgemeines Hautjucken, gelegentlich Hauterscheinungen, dunkler Harn, heller Stuhl u. a.

Wird das auslösende Medikament rechtzeitig abgesetzt, bildet sich das Beschwerdebild innerhalb mehrerer Wochen auch ohne zusätzliche Maßnahmen zurück.

Neuroleptika-bedingte Leberfunktionsstörungen sind - wie gesagt - selten, relativ rasch erkennbar, gehen nach Absetzen schnell zurück, können aber beim Wiederansetzen des gleichen Medikamentes erneut auftreten. Vorsicht bei vorbestehenden Lebererkrankungen, bei denen man auf - in dieser Hinsicht unproblematischere - Neuroleptika zurückgreifen und regelmäßige Laborkontrollen ansetzen sollte.

*Nierenfunktionsstörungen* unter Neuroleptika spielen eine geringere Rolle. Eine Auswirkung auf den Harntrakt ist die bereits besprochene Harnverhaltung (gelegentlich auch das Unvermögen, den Harn zurückzuhalten) bei bestimmten Neuroleptika. Betroffen sind vor allem ältere Patienten. Ein schmerzhafter Harndrang mit erschwertem Wasserlassen ist zwar möglich, aber selten. Staut sich der Urin länger und weiter zurück, d. h. kommt es zu einer unerkannten Harnverhaltung über die Harnleiter bis in das Nierenbecken, können auf diesem Wege Nierenschäden entstehen. So etwas pflegt aber nur bei hilflosen älteren, verwirrten, krankheitsbedingt zurückgezogenen oder sonstwie unzugänglichen Patienten vorzukommen. Deshalb grundsätzlich nach dem Wasserlassen fragen.

### • Wirkungen auf Stoffwechsel und innere Drüsen

Die unerwünschten Begleiterscheinungen von Neuroleptika auf Stoffwechsel und *innere Drüsen (Endokrinium)* umfassen vor allem Störungen der Monatsblutung, spontane Milchabsonderung, Schmerzempfindlichkeit und Größenzunahme der Brust, eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels, besonders aber die durchaus mehrschichtig beeinträchtigenden Nebenwirkungen: Gewichtszunahme und sexuelle Störungen. Im einzelnen:

### • Amenorrhoe (Störung der Monatsblutung)/Galaktorrhoe (Milchabsonderung)

Bei der *Amenorrhoe* handelt es sich um das Ausbleiben der Monatsblutung. Die ist schon als Begleitsymptom seelischer Störungen nicht selten. Leider verstärken manche Neuroleptika dieses Phänomen noch, insbesondere einige Substanzen, die man ansonsten gerne heranzieht, weil sie keine Bewegungsstörungen verursachen. Bei Unklarheit deshalb den jeweiligen Beipackzettel studieren.

Die *Galaktorrhoe* ist eine spontane Milchabsonderung der Brust, und zwar außerhalb der Still-Periode. Die Galaktorrhoe ist nicht so beunruhigend wie das Ausbleiben der Monatsblutung, mit der sie oft zusammen vorkommt. Sie ist aber lästig und im Alltag beeinträchtigend, besonders bei spontaner, d. h. unvorhersehbarer Sekretion. Auch die Galaktorrhoe kann neuroleptisch bedingt sein und unter bestimmten Substanzen öfter auftreten (siehe Beipackzettel).

Allerdings muß man sowohl bei Amenorrhoe als auch Galaktorrhoe einschränkend hinzufügen, daß es nur wenige Prozent aller neuroleptika-behandelten Frauen trifft, nicht selten bei längerer Medikamenteneinnahme und möglicherweise bei verstärkter Neigung zu solchen Reaktionen.

*Therapeutisch* kann man versuchen, die neuroleptische Dosis zu reduzieren, was allerdings nicht immer Erfolg hat. Das gleiche gilt für eine Medikamentenpause, falls man sie sich krankheitsbedingt erlauben kann. Wird das Neuroleptikum hingegen ganz abgesetzt, gehen beide Nebenwirkungen wieder völlig zurück.

Natürlich kann man auch mit bestimmten "Gegenmitteln" arbeiten, nur können einige von ihnen gelegentlich das seelische Leiden ungünstig beeinflussen.

Wichtig ist auch die Frage nach anderen organischen sowie seelischen Ursachen und vor allem der Ausschluß einer Schwangerschaft, bevor man die Ursache in der Neuroleptikagabe sieht bzw. entsprechende Behandlungsmaßnahmen bemüht.

Selten kommt es auch zu einer sogenannten *Gynäkomastie*. Das ist eine Schmerzempfindlichkeit und Größenzunahme der Brust, und zwar sowohl bei der Frau als auch mitunter beim Mann. Verantwortlich dafür können verschiedene Arzneimittel sein, bisweilen auch Neuroleptika. Gibt es keine anderen Ursachen, sollte zuerst die Dosis reduziert und - falls das nicht hilft - das Neuroleptikum ausgewechselt werden. Auch hier sind nicht selten bestimmte Präparate beteiligt (s. Beipackzettel).

#### • Stoffwechselstörungen

Gelegentlich findet sich eine *Erhöhung des Blutzuckerspiegels*, die nach Absetzen des Neuroleptikums wieder zurückgeht. Liegt übrigens eine

vorbestehende Zuckerkrankheit vor, so ist dies kein Grund, Neuroleptika nicht einzusetzen. Allerdings sollte dies vor Behandlungsbeginn erfragt und mit dem Patienten besprochen werden.

Ein sonderbares, wenngleich seltenes Phänomen ist das fast *zwanghaft erscheinende Wassertrinken* von schizophrenen Patienten, einschließlich des sich daraus ergebenden häufigen Wasserlassens. Dies scheint zum einen bei manchen Psychosekranken auch ohne Medikamenteneinfluß vorzukommen, wahrscheinlich bedingt durch bestimmte Veränderungen im Zwischenhirn. Zum anderen kann es eine Begleiterscheinung der Neuroleptika sein, auch wenn man sich den genauen Ablauf noch nicht zu erklären vermag.

Kommt es wegen übermäßiger Wasserzufuhr zu einer regelrechten "Wasservergiftung", kann der Patient aufgrund der daraus folgenden Stoffwechselveränderungen auch seelisch auffällig werden: antriebschwach, desorientiert, Eintrübung des Bewußtseins, ja Krampfanfälle, Verwirrtheit und sogar Koma. Das ist allerdings extrem selten.

Immerhin wird man bei ungewöhnlichem Durst und Wasserlassen das Neuroleptikum reduzieren, ggf. absetzen und die Flüssigkeitszufuhr einschränken. Lebensbedrohliche Zustände müssen sofort in die Klinik eingewiesen werden, wobei sich der Zustand jedoch wieder rasch normalisiert.

#### • **Libido- und Potenzstörungen**

*Libido und Potenz* sind auch beim Gesunden Schwankungen unterworfen, je nach seelischen, körperlichen und psychosozialen Belastungen. Noch ausgeprägter ist dies natürlich bei körperlichen und vor allem psychischen Erkrankungen - schon ohne jegliche Medikamente. Geklagt wird dabei über eine Minderung des sexuellen Verlangens, eine Orgasmusunfähigkeit bei der Frau sowie Erektionsschwäche beim Mann. Dazu können noch zusätzliche Störungen kommen wie eine Verringerung der vaginalen Schleimsekretion (Schmerzen beim Verkehr) und ein Samenerguß rückwärts in die Blase (retrograde Ejakulation).

Eines der schwerwiegendsten, wenngleich verschämt verschwiegenen Probleme im Rahmen einer seelischen Störung aber ist die Impotenz. Geklagt wird vor allem über das Auseinanderfallen von noch vorhandenen sexuellen Lustgefühlen und Wünschen auf der einen Seite und der peinlichen und deprimierenden Erektionsschwäche auf der anderen. Nach und nach wird die Kluft ggf. immer größer zwischen Wollen und Nicht-mehr-Können. Gerade für den schizophren Erkrankten ist die Potenz - bei vielleicht ohnehin schon geringerem mitmenschlichem Kontakt - noch eine der letzten, halbwegs positiv empfundenen Regungen. Manchmal kommt es sogar zu einer psychotisch

bedingten Enthemmung, insbesondere intensiven sexuellen Wünschen, evtl. mit häufig wechselndem Geschlechtspartner. Dann aber drohen Passivität sowie Versagen und Erlahmen ausgerechnet jener Fähigkeit, die noch eine gewisse aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt signalisierte. "Und was noch übrig blieb, das ruinierten dann die Neuroleptika" (ein Betroffener).

In der Tat können praktisch alle Neuroleptika eine unerwünschte Wirkung auf die Sexualfunktion ausüben, einige weniger, andere mehr. Nun hört es sich zwar logisch an, die in dieser Hinsicht am stärksten belasteten Medikamente einfach auszulassen. Doch ausgerechnet hier finden sich beispielsweise sehr wirkungsvolle niederpotente Neuroleptika mit bewährter beruhigender, ja angstlösender und ggf. stimmungsaufhellender Wirkung, auf die man ungern verzichtet. Außerdem dürfte es letztlich sehr schwer sein, exakt zwischen den Folgen einer kurz-, vor allem aber längerfristigen Erkrankung (z. B. Psychose) und den speziellen Nebenwirkungen der Neuroleptika zu differenzieren. Hier kommt in der Regel eines zum anderen. Was kann man tun?

Als erstes gilt es ohne Scheu dieses Thema anzuschneiden. Einige Patienten sprechen das Problem von selber an, für die meisten aber ist es noch immer ein "Tabu-Thema", über das man nicht spricht, und wenn es noch so bedrückt. Da sollte man darauf hinweisen, daß die "verklemmten Zeiten" vorbei sind, in denen man nur stumm gelitten hat, ohne die - schon damals verfügbaren - Aussprachemöglichkeiten und Hilfen zu nutzen. Allerdings ist das Thema "Sexualität" bekanntlich gerade für schizophrene Erkrankte ein heikles Gebiet, und ausgerechnet hier spielen die dafür zuständigen Neuroleptika eine zwiespältige Rolle. Dennoch gilt es herauszufinden, wann die sexuellen Störungen begonnen haben: schon in früheren Jahren, weit vor dem Ausbruch der ersten Krankheitszeichen? Möglicherweise zu Beginn des Leidens, als man sich über die Diagnose noch nicht im klaren war (sogenannte Vorposten-Symptome)? Während der ersten Erkrankungsphase, obgleich noch keine Neuroleptika verordnet worden waren? Parallel zur Einnahme dieser Medikamente (eine Antwort, die bevorzugt wird, auch wenn sie nicht unbedingt stimmt; dann hätte man nämlich einen stichhaltigen Grund für die sexuellen Nöte, auf den man alles abschieben könnte).

Ist der Patient gewillt, das Problem umfassend abzuklären, empfiehlt sich zum Ausschluß organischer oder sogenannter funktioneller Sexualstörungen die Vorstellung beim Urologen oder Andrologen bzw. Gynäkologen. Liegt die "Schuld" schließlich beim Medikament, sollte man erst einmal versuchen, die Dosis zu reduzieren. Notfalls muß vorsichtig auf ein anderes Neuroleptikum umgestellt werden, das in dieser Hinsicht weniger belastet ist.

So negativ aber das ganze auch registriert wird, es gibt einen Trost: Neuroleptika-bedingte Libido- und Potenzstörungen sind vorübergehender

Natur. Sie gehen zurück, sobald das Medikament abgesetzt wird. Dieses Erkenntnis sollte man den Betroffenen nicht versagen. Manchmal wird dann sogar das auslösende Arzneimittel ertragen, wenn es ansonsten gut hilft und sich die übrigen Nebenwirkungen in Grenzen halten.

Und was tut man, wenn die Ursache nicht beim Medikament liegt (obgleich genaues nicht zu beweisen ist, weder in der einen, noch in der anderen Richtung)? Wie geht man vor, wenn ein Patient nicht medikamenten-, sondern eindeutig krankheitsbedingt unter seinen sexuellen Störungen leidet? Das ist zwar kein Thema dieses Buches, soll aber dennoch kurz besprochen werden. Denn gelegentlich vermittelt folgende Erklärung einen gewissen Trost:

Die Sexualität ist unerlässlich für die Erhaltung der Art, aber verzichtbar für die Erhaltung des Individuums. Wenn ein Organismus durch eine Erkrankung in Bedrängnis gerät, dann mobilisiert er nicht nur alle Kraft für die Regeneration, sondern schränkt auch jene Funktionen ein, die er im Augenblick nicht zwingend braucht. Dazu gehört die Sexualität, d. h. Libido und Potenz. Sobald der Betreffende aber genesen ist und alle Reserven wieder aufgefüllt sind, werden auch solche Regungen vom Organismus wieder zugelassen. Das dauert zwar erfahrungsgemäß länger als die Geduld der meisten reicht, beweist aber auch, wie zutiefst belastend manches seelische Leiden ist, auch wenn es nach außen hin nicht so aussieht.

### • **Gewichtszunahme**

Die *medikamentenbedingte Gewichtszunahme* ist eine ernste Nebenwirkung, auch wenn sie den Außenstehenden als die bisher harmloseste erscheinen mag. Schon ein körperlich Kranker fühlt sich in seinem Selbstwertgefühl beeinträchtigt, um wieviel mehr ein seelisch Gestörter. Und gerade bei psychischen Erkrankungen gibt es noch einmal Unterschiede, wobei sich jene Patienten am schlechtesten stellen, die Antidepressiva und/oder Neuroleptika einnehmen müssen, also depressive und schizophrene Patienten. Wenn sich zur inneren Not nun auch noch äußere Faktoren nachteilig verwandeln, "ist das Unglück perfekt" (s. u.). Dies betrifft beide Geschlechter, insbesondere aber die Frau: "Männer können es ohnehin kaum nachempfinden, was es für eine Frau bedeutet, wenn sich das Haar nicht mehr legt und die Figur auseinandergeht" (eine Betroffene).

Tatsächlich haben viele Psychopharmaka, vor allem aber bestimmte Antidepressiva (s. das entsprechende Kapitel) und wahrscheinlich die meisten Neuroleptika eine gewichtsfördernde Komponente - am ausgeprägtesten die niederpotenten und einige atypische Neuroleptika. Je länger die Behandlung, desto folgenreicher diese unglücklich machende Begleiterscheinung. Dazu tragen verschiedene Faktoren bei:



1. eine rein psychische Komponente: Selbstbelohnung, "Kummerspeck".
2. Ein wahrscheinlich organisch gesteuerter Appetitwandel mit einem sogenannten Kohlenhydrathunger (Süssigkeiten, Teigwaren u. a.). Der geht wohl auf die erwähnten Medikamente zurück, auch wenn man darüber noch wenig weiß.
3. Eine Art Kippreaktion: Nachdem häufig während der ersten Krankheitszeit weniger oder kaum gegessen wurde, nimmt der Appetit im Rahmen der erfolgreichen Behandlung wieder plötzlich zu, also ein an sich positives Zeichen der Genesung.
4. Die dämpfende Wirkung vieler Antidepressiva und Neuroleptika, die die körperliche Aktivität bremsen, von möglichen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen mit eingeschränkter Aktivität (s. früher) ganz zu schweigen.
5. Eine erhöhte Flüssigkeitsaufnahme wegen Mundtrockenheit, die durch bestimmte Psychopharmaka verursacht ist und die unglücklicherweise vor allem durch süße bzw. hochkalorische Getränke gemildert wird (s. auch Süßigkeiten - s. o.).
6. Manche Psychopharmaka führen zu vermehrter Wassereinlagerung in das Gewebe, was die Gewichtszunahme begünstigt (vor allem Lithiumsalze – s. das entsprechende Kapitel).
7. Auch ist mit einer Beeinflussung des Glukosestoffwechsels durch Neuroleptika zu rechnen: Auslösung einer diabetischen Stoffwechsellaage?
8. Unter stationären Bedingungen während des Krankenhausaufenthaltes spielen natürlich die z. T. reichliche und noch immer gelegentlich hochkalorische Krankenhauskost und die eingeschränkten Möglichkeiten körperlicher Aktivität eine zusätzliche Rolle.

Glücklicherweise läßt sich diese Entwicklung in der überwiegenden Zahl der Fälle regeln (krankheitsbedingte Ursachen der Gewichtszunahme sowie eine individuelle Disposition zu Gewichtsschwankungen und Übergewicht müssen natürlich ausgeschlossen werden). Zwar hat eine strenge Diät ihre Grenzen, wenn das Leiden noch auf seinem Höhepunkt ist. Doch gibt es zahlreiche Kompromiß-Lösungen, die hier nicht weiter aufgeführt werden müssen.

Wichtig ist vor allem die Einschränkung von Süßigkeiten, hochkalorischen Getränken und die regelmäßige körperliche Aktivierung, obgleich gerade zu letzterem die Patienten ständig ermuntert werden müssen.

### • **Beeinträchtigungen des Sehapparates**

Von verschwommenem Sehen, insbesondere beim Lesen, war bereits die Rede. Dabei handelte es sich um eine neuroleptika-bedingte Unfähigkeit zur Naheinstellung des Auges. Nun gibt es aber noch andere Beeinträchtigungen des Sehapparates, vor allem durch eine bestimmte Gruppe von (niederpotenten) Neuroleptika, wenn diese über längere Zeit verabreicht werden müssen.

Dabei handelt es sich um *Pigmenteinlagerungen in die Hornhaut des Auges*, die die Sehschärfe jedoch nicht wesentlich zu beeinträchtigen pflegen. Wird das auslösende Neuroleptikum abgesetzt, ist eine Rückbildung möglich.

Auch eine *Trübung der Augenlinse* ist nicht auszuschliessen, im Extremfall mit entsprechenden Folgen: Minderung der Sehschärfe, verdunkeltes Gesichtsfeld oder Nebelsehen, gestörte Hell-dunkel-Anpassung. Hier ist nach Absetzen des Neuroleptikums mit einem Rückgang der Beeinträchtigung zu rechnen.

Auch die *Netzhaut des Auges* kann *Pigmenteinlagerungen* aufweisen: Verschwommensehen, fleckige Braunfärbung des Gesichtsfeldes, eingeschränkte Dunkelanpaßung sowie Minderung der Sehschärfe. Auf diese Veränderungen sollte man rechtzeitig aufmerksam werden, um durch Dosisänderung, Medikamentenumsetzung oder Absetzen einer Rückbildung zu begünstigen.

Beeinträchtigungen des Sehapparates, auch wenn sie in der Regel wieder verschwinden, sind nicht auf die leichte Schulter zu nehmen. Zwar sind sie meist die Folge von *hohen* Neuroleptikadosen über lange Zeit hinweg, wie sie nur der krankhafte Zustand weniger Patienten erzwingt (z.B. chronische Schizophrenie). Grundsätzlich gilt aber folgende Regel:

Patienten, die unter längerfristiger neuroleptischer bzw. gar Dauer-Medikation stehen, müssen mindestens ein Mal pro Jahr von einem Augenarzt untersucht werden. Darüber hinaus muß in dieser Hinsicht jede Klage ernstgenommen, d. h. umgehend fachärztlich kontrolliert werden. Bei Langzeitpatienten in der Klinik, die von sich aus wenig äußern, muß man diesbezüglich in regelmäßigen Abständen gezielt nachfragen. Liegt bereits ein Augen-Befund vor, muß umgehend geprüft werden, ob nicht ein anderes Neuroleptikum mit geringerer Beeinträchtigung den gleichen antipsychotischen Schutz garantiert.

## • Das maligne neuroleptische Syndrom

Von der Möglichkeit, daß Neuroleptika durch extreme Kälte, vor allem aber durch feucht-warme (= schwüle Witterung) die Temperaturregelung des Organismus überfordern können, war bereits die Rede. Dies zumal bei schizophren Erkrankten, denen man ohnehin ein gestörtes Temperaturregel-Zentrum im Gehirn nachsagt. Nun soll noch auf ein zwar seltenes, dafür aber nicht ungefährliches Extrem einer solchen Temperaturregel-Störung hingewiesen werden: das *maligne neuroleptische Syndrom*. Vom Namen her heißt dies lediglich, daß es sich um mehrere Krankheitszeichen handelt, die durch Neuroleptika ausgelöst wurden und unbehandelt ggf. unglücklich, "böse" enden können.

Das maligne neuroleptische Syndrom beginnt oft mit einer Störung der Willkürbewegung bis hin zur Bewegungsstarre, verstärkt durch eine "wächserne" oder "teigige" Erhöhung der Muskelspannung. Dazu kommen sogenannte vegetative Entgleisungen wie Herzrasen, Hecheln, Blutdruckveränderungen (meist ein Hochdruck), Schweißneigung mit bleicher Haut u. a. Am problematischsten aber ist das Fieber, mitunter bis zu 42 °C. Epileptische Anfälle sind möglich. Auch muß mit Störungen des Bewußtseins gerechnet werden, von leichter Benommenheit bis hin zum Bewußtseinsverlust; irritierend ist ggf. auch ein Stupor, also das Fehlen jeglicher seelischer und körperlicher Aktivität trotz wachen Bewußtseins.

Typisch, wenngleich nicht ausschließlich bei solchen Erkrankungen vorkommend, sind krankhafte Befunde, insbesondere, was das weiße Blutbild und bestimmte Muskelenzyme angeht (Letzteres als Ausdruck des Zerfalls der quergestreiften Muskulatur). Dadurch können auch andere Organe in Mitleidenschaft gezogen werden (z. B. Gefahr des Nierenversagens).

Dieses maligne neuroleptische Syndrom ist also eine problematische Therapie-Komplikation, über die man bisher folgendes weiß: Meist nach hochdosierter Akutbehandlung mit hochpotenten Neuroleptika. Häufig auch bei Medikationsänderung (vor allem Dosiserhöhung), nach einem Rückfall oder einer Zustandsverschlechterung. Klimatische Faktoren sind zwar nicht zwingend, doch finden sich nicht wenige Fälle während Hitzewellen mit hoher Luftfeuchtigkeit und Windstille (Austrocknung infolge hoher Außentemperaturen und/oder ungenügender Flüssigkeitszufuhr?). Weitere ungünstige Einflüsse sind ausgeprägte Unruhe- und Erregungszustände, Störungen der Gemütslage (mit evtl. notwendiger antidepressiver Behandlung) sowie häufigere intramuskuläre Injektionen, wie sie beispielsweise durch regelmäßige Depot-Neuroleptika gegeben sind. Jüngere im allgemeinen und Männer im besonderen sind öfter betroffen.

Was die Situation noch kompliziert, ist das häufig nicht eindeutige Beschwerdebild; das kann nämlich auch zu anderen Krankheitsbildern passen. Dazu gehören beispielsweise Vergiftungserscheinungen durch andere Medikamente, die ggf. zusätzlich eingenommen worden sind (auch an heimlichen Mißbrauch bestimmter Medikamente oder Rauschdrogen denken; gerade junge Schizophrene neigen mitunter zum Mißbrauch ausgerechnet jener Drogen, die für ihr heikles seelisches Gleichgewicht besonders verhängnisvoll sind, nämlich die sogenannten Halluzinogene und ihre inzwischen vielfältigen Abkömmlinge!). Auch die bereits erwähnte und weniger dramatische Temperaturregulations-Störung (s. früher) sollte man in Erwägung ziehen.

Am schwierigsten aber ist die Abgrenzung gegenüber einer besonders gefährlichen Form der Schizophrenie, nämlich der febrilen (mit erhöhten Temperaturen einhergehenden) oder "perniziösen" (gefährlich, bösartig, ggf. tödlich verlaufenden) katatonen Schizophrenie. Sie zeigt in der Tat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem malignen neuroleptischen Syndrom, doch wirken diese katatonen Schizophrenen meist noch starrer, bizarrer, vor allem negativistischer, d. h. sie sind allen Hilfsversuchen weitaus unzugänglicher.

Doch das ist ein Problem des behandelnden Arztes bzw. der psychiatrischen Akutstation, in die diese Patienten umgehend eingewiesen werden müssen. Dort wird man das auslösende Neuroleptikum sofort absetzen, das Fieber zu senken versuchen (forcierte Kühlung von Armen und Beinen), den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt korrigieren sowie weitere intensivmedizinische Maßnahmen einleiten, einschließlich mehr oder weniger spezifischer "Gegenmittel". Später wird man das ursprüngliche Neuroleptikum gegen ein Präparat einer anderen Stoffklasse, ggf. sogar niedrigpotenter austauschen.

Für die möglichst rasche Diagnose, auch in Laienkreisen, sei noch einmal kurz wiederholt, was auffallen sollte und umgehend dem Arzt zu melden ist:

Vorsicht bei vor allem (aber natürlich nicht ausschließlich) jungen, männlichen Schizophrenen unter hochdosierter Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika während oft schwüler Witterung mit ggf. vorausgegangener Unruhe oder gar Erregungszuständen. Charakteristisch sind Fieber mit Herzrasen, Schweißausbruch, Hecheln, evtl. leichtere Benommenheit bis ernstere Bewußtseinsstörungen und eine eigenartige, fast wächserne Starrheit der Gliedmaßen.

- **Vewirrtheitszustände und delirante Syndrome**

*Verwirrtheitszustände und delirante Syndrome* können sich bereits wenige Stunden nach Einnahme des auslösenden Arzneimittels, aber auch erst lange nach Therapiebeginn äußern.

Das Krankheitsbild hängt von individuellen Gegebenheiten ab und wechselt häufig.

Rein äußerlich fallen z. B. weite Pupillen, warme, trockene Haut, Rötung des Gesichts, Mundtrockenheit, rascher Puls, Hecheln, Temperaturerhöhung usw. auf. Die Patienten klagen über Trockenheit von Mund und Nase, Darmträgheit, Störungen beim Wasserlassen u. a. Die Sprechweise kann zusammenhanglos sowie "schleifend", "gebremst" oder völlig unverständlich sein.

In seelischer Hinsicht beginnt es häufig mit nächtlichen beunruhigenden Träumen, schließlich Desorientiertheit, Verwirrtheit, ggf. sogar Sinnestäuschungen: vor allem Gesichts-, aber auch Gehörs-, Gefühls- und kombinierte Trugwahrnehmungen. Das Gedächtnis ist gestört, insbesondere das Kurzzeitgedächtnis ("was gab es heute Mittag zum Essen?").

Die Patienten werden immer unruhiger, gespannter, reizbar-getriebener. Am Ende steht u.U. eine ausgeprägte Wahnsymptomatik, schließlich eine schwankende Bewußtseinslage oder gar ein Koma.

Natürlich muß es nicht so weit kommen, wenn der Patient rechtzeitig in ein Krankenhaus eingewiesen und adäquat behandelt wird. Ein Risiko besteht aber nicht nur durch die erwähnten Symptome, sondern auch durch die Unfall- oder gar Suizidgefahr im Rahmen einer deliranten Verwirrtheit.

Ein solches Arzneimittel-Delir findet sich gelegentlich bei Behandlung mit Neuroleptika, noch häufiger aber bei bestimmten Antidepressiva sowie Antiparkinsonmitteln.

Besonders gefährdet sind ältere und hirnganisch vorgeschädigte Patienten (z. B. Gehirn-Durchblutungsstörungen). Problematisch ist auch die Kombination von bestimmten Neuroleptika/Antidepressiva sowie Antiparkinsonmitteln oder gar der zusätzliche Mißbrauch von Alkohol.

Vorsicht vor abrupter Dosisänderung, insbesondere Dosissteigerung. Gut beobachten sollte man insbesondere gefährdete Patienten während der ersten Behandlungszeit, wo noch nicht klar ist, wie der Betreffende auf die eingesetzten Medikamente reagiert.

Natürlich kann ein solcher Zustand auch einmal wie ein pharmakogenes "Delir" (s. o.) aussehen, in Wirklichkeit aber ganz andere Ursachen haben: Dazu gehören Vergiftungen mit Alkohol und bestimmten Rauschdrogen (z. B. Halluzinogene wie Haschisch/Marihuana, LSD, PCP) u. a. Es kann auch einmal die Verschlechterung der psychotischen Grundkrankheit sein, die wie ein Delir wirkt. Das findet sich insbesondere im höheren Lebensalter. Am ehesten aber wird man an ein Alkohol-Delir denken müssen. Die Unterscheidung kann im

ersten Augenblick durchaus schwierig werden. Manchmal zeigen Arzneimittel-Delirien weniger vegetative Störungen wie ein Alkohol-Delir, also seltener Schweißausbrüche, Erhöhung von Puls, Blutdruck, Atemfrequenz u. a.

In der Klinik, wohin der Patient in der Regel umgehend, wenn nicht notfallmäßig überwiesen wurde, wird man erst einmal herauszufinden versuchen, was die Delir-Ursache sein könnte. Deshalb ist man auf eine Fremd-Anamnese, d. h. die Hinweise von Angehörigen, notfalls Nachbarn, Freunden usw. angewiesen. Je mehr Informationen vorliegen - mündlich oder schriftlich, z. B. gefundene Beipackzettel, Medikamentenschachteln, Rezepte usw. - desto schneller und gezielter kann man eingreifen. So wird man erst einmal das oder die möglicherweise auslösenden Medikamente absetzen und zu "Gegenmitteln" greifen, den Kreislauf stabilisieren usw.

Glücklicherweise ist der Ausgang bei den heutigen intensivmedizinischen Möglichkeiten meist problemlos - die rechtzeitige Diagnose und Therapie vorausgesetzt. Sollte später erneut ein Psychopharmakon notwendig werden, und das läßt sich oft nicht umgehen, wird man nach Möglichkeit auf ein anderes Präparat ausweichen, hohe Dosierungen und abrupte Dosisänderungen vermeiden und in Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine lückenlose Kontrolle aufbauen (was aber tragischerweise dort, wo es am nötigsten wäre, rasch seine Grenzen erreicht, nämlich bei alleinstehenden alten Menschen).

### • **Krampfanfälle**

Von der Gefahr eines *Krampfanfalls* war schon mehrfach die Rede. In der Tat können so gut wie alle Neuroleptika die Krampfschwelle senken und damit epileptische, insbesondere große generalisierte Krampfanfälle provozieren. Deshalb sollte man auf folgende Faktoren achten, die die Anfallsbereitschaft zu steigern vermögen:

Hohe Dosen von Neuroleptika; plötzliche Dosisänderung, vor allem das abrupte Absetzen bzw. Austauschen des laufenden Medikamentes; dämpfende Eigenschaften des Neuroleptikums; hirnorganische Veränderungen, insbesondere eine zuvor bestehende Anfallsneigung oder Zustand nach Kopfunfall (krankhafte Änderungen im Elektroenzephalogramm - EEG); weitere Belastungsfaktoren wie erhöhter Blutzuckerspiegel, Erschöpfungszustände, Fieber u. a.

Vorsicht bei Mißbrauch bzw. Abhängigkeit, vor allem aber dem (abrupten) Absetzen von Alkohol, Beruhigungs- und Schlafmitteln.

Bei Beachtung aller kritischen Punkte ist die Häufigkeit von Anfällen gering, auch wenn es Unterschiede von Neuroleptikum zu Neuroleptikum gibt. Vorsicht

bei zusätzlicher Gabe von Lithiumsalzen, wie sie manches Krankheitsbild erzwingt (z. B. Manie), die Krampfnäigung kann dadurch verstärkt werden.

Was ist zu tun? Als erstes muß man wissen, daß krampfspezifische Veränderungen im EEG oder gar eine offenkundige Epilepsie keine absolute Gegenanzeige für die Behandlung mit Neuroleptika sind. Man muß eine Senkung der Krampfschwelle nur einkalkulieren und sich unter fachärztlicher Betreuung darauf einstellen. Bei Risikopatienten sind z. B. bestimmte Neuroleptika vorzuziehen, die in dieser Hinsicht weniger Probleme bereiten. Nach Möglichkeit sollte man auch nur ein Medikament verordnen. Auch ist die mitbetreuende Therapie durch einen Neurologen bzw. Nervenarzt deshalb nicht unwichtig, weil es bei den ggf. notwendigen Antiepileptika einige Substanzen gibt, die ihrerseits *psychische Nebenwirkungen* provozieren können, von den Arzneimittel-Wechselwirkungen zwischen Neuroleptika und Antiepileptika ganz zu schweigen.

Erleidet jedoch ein bisher anfallsfreier Patient unter neuroleptischer Behandlung lediglich einen sogenannten Gelegenheitsanfall, so wird erst überprüft, ob auf ein Neuroleptikum mit geringerem Einfluß auf die Krampfschwelle umgestellt werden kann, bevor man ihn zusätzlich antiepileptisch behandelt.

*Schlußfolgerung:* Neuroleptika und eine Reihe weiterer Arzneimittel können die Krampfschwelle des Gehirns senken und Anfälle provozieren. Bis es jedoch soweit kommt, müssen in der Regel einige zusätzliche Belastungsfaktoren wirksam werden. Diese gilt es zu kennen und erst einmal auszuschalten. Wichtig ist jedenfalls die Erkenntnis: Auch ein diesbezüglich Gefährdeter muß nicht auf Neuroleptika verzichten, doch wird man ihn in dieser Hinsicht nervenärztlich besonders intensiv kontrollieren.

## SEELISCHE UND PSYCHOSOZIALE NEBENWIRKUNGEN

Selbst Arzneimittel, die gegen seelische Störungen eingesetzt werden, können selber *psychische Nebenwirkungen und damit psychosoziale Folgen* auslösen. Das wird meist vergessen. Auf wissenschaftlicher Ebene gibt es dafür bis heute beispielsweise keine allgemein anerkannten diagnostischen Kriterien, keine einheitlichen Fachbegriffe und keine verbindlichen Behandlungs-Richtlinien. Das sagt einiges aus.

Dabei sind diese Begleiterscheinungen kein geringes Problem. Zwar sind sie nicht so augenscheinlich wie frühe neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen, wie die Sitz-, Steh- und Gehunruhe, das medikamentöse Parkinsonoid, und nicht so lästig wie Blutdruckabfall, Mundtrockenheit, Verstopfung usw., aber eben auf ihre Weise durchaus beeinträchtigend, ja bisweilen zermürend oder gar

quälend. Hier sollte man sich keine Illusionen machen. Wer sich darüber hinwegtäuscht, macht es sich zu leicht. Auf was ist zu achten?

- **Die neuroleptika-bedingte Mattigkeit**

Alle nieder- bis mittelpotenten Neuroleptika entfalten eine mehr oder weniger ausgeprägte *sedierende Wirkung*, d. h. sie beruhigen. Dieser beruhigende Effekt hat nichts mit den neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen zu tun, die dem Betroffenen wie ein körperliches "Eingemauertsein" vorkommen, worauf der Begriff der "chemischen Zwangsjacke" basiert. Das betrifft vor allem hochpotente Neuroleptika, die damit auch ohne Sedierung ihre eigene Art entwickeln, den Patienten ruhigzustellen.

Diese Beruhigung durch nieder- und mittelpotente Neuroleptika kann aber bis zur Dämpfung gehen, was in bestimmten Situationen jedoch durchaus erwünscht ist. Man denke nur an nervöse, innerlich unruhige, fahrig-gespannte Patienten, an Schlafstörungen oder schließlich Erregungszustände mit fremdaggressiver Gefährdung der Umgebung bzw. Selbstgefährdung (Suizidgefahr). In geringer Dosierung werden deshalb die niederpotenten Neuroleptika gerne als Beruhigungsmittel-Ersatz gewählt, weil sie selbst bei längerer Einnahme nicht abhängig machen. Auch entwickeln sie eine leichte angstlösende und einige von ihnen sogar eine dezent stimmungsaufhellende Wirkung. So gesehen ist die Sedierungseigenschaft der niederpotenten Neuroleptika oft erwünscht, von der leichten Beruhigung bis zur notfallmäßigen Dämpfung - und zwar, das sei noch einmal wiederholt, ohne Suchtgefahr.

Und natürlich muß man auch einräumen, daß nicht wenige schizophrene Erkrankte nicht bloß medikamentös gedämpft werden, sondern schon von sich aus, vom Krankheitsbild her wie gedämpft wirken: antriebslos, inaktiv, gleichgültig, verlangsamt in Sprache und Bewegung, apathisch, mit verminderter Kontaktfähigkeit oder gar ohne soziale Anteilnahme, sich scheinbar gemütsmäßig bedeckt haltend, zurückgezogen, äußerlich wie innerlich. Bei einem solchen, nachvollziehbar deprimierenden Zustand von Schwunglosigkeit und Isolationsneigung kann es natürlich für Patient und Angehörige entlastend sein, alle Schuld auf das Arzneimittel zu schieben. Wenn die nur einmal weg wären, dann würde man schon sehen", kann man hören. Und wenn es wirklich einmal versucht wird - meist eigenmächtig, selten vom Arzt befürwortet - dann gibt es tatsächlich manchmal einen leichten "Aufschwung". Aber dann droht der Rückfall. Und der kann, je nach Art des Krankheitsbildes, in steuerlose Überaktivität, Erregung und Wahnbilder münden oder noch apathischer ausfallen als unter Neuroleptikaschutz.

Aber es sei auch nicht in Abrede gestellt, was immer wieder von den Patienten und gelegentlich Angehörigen beklagt wird: Sowohl hoch- wie mittelpotente,



vor allem aber niederpotente Neuroleptika dämpfen gleichsam auf allen Ebenen: matt, schlapp, schwunglos, "runtergebremst", wie benommen, verlangsamt, energielos, "bleiern", konzentrationsgestört, gelegentlich mit einer regelrechten "Leere im Gehirn", manchmal mit einer eigenartigen Dumpfheit im Kopf, wie ein Dauerkopfdruck. Und vor allem eine "deprimierende Denkverlangsamung", die einen in angeregter Gesellschaft regelrecht disqualifizieren kann und die nach einer solchen schmerzlichen Erfahrung sogar den Rückzug nahelegt - und damit letztlich in die Isolation drängt. So lauten dann manche bekümmerten, erschrockenen, resignierten, verbitterten oder empörten Kommentare. Auf jeden Fall sind diese Empfindungen nicht vergleichbar mit "gesunder Müdigkeit nach Anstrengung", deshalb auch nicht durch erquickenden Schlaf korrigierbar. Und hier ist dann leider auch der Weg nicht mehr weit von entsprechenden Beeinträchtigungen im Freizeitverhalten, von Beruf und Reaktionsvermögen im Straßenverkehr ganz zu schweigen.

Besonders quälend wird diese Dumpfheit und Benommenheit dann, wenn neben dieser Beeinträchtigung gleichzeitig noch Gefühle der inneren Unruhe oder gar Getriebenheit aufsteigen (s. u.), also gleichsam der Antrieb in 2 entgegengesetzte Richtungen auseinanderstrebt. Das scheint in der Tat kein erfreuliches Behandlungsergebnis.

### **Was kann man gegen neuroleptika-bedingte Mattigkeit tun?**

Als erstes soll man diesen Zustand nicht noch dadurch erschweren, daß man auf diese Klagen nicht eingeht, sie nicht ernstnimmt, überhört oder gar in Abrede stellt. Besonders der unglückliche Satz: "Wie wollen Sie denn das beurteilen können?" ist für einen Menschen, der nun wirklich "mittendrin steht", schon verletzend. Durch ein verstehendes, mitfühlendes Annehmen dieser Klagen vergibt man sich nichts. Man kann dem Betroffenen sogar helfen, allein durch dieses Verständnis, obgleich man ja in Wirklichkeit gar nicht so viel zu ändern vermag.

Viele Kranke sehen aber auch ein, daß es keinen anderen Weg gibt, daß man sogar noch dankbar sein muß, heute über solche Medikamente zu verfügen. Sie wollen nur hin und wieder einmal den "Preis" ihrer Behandlung zur Sprache bringen, die Nöte, Einschränkungen, das falsche Bild, das man sich vielleicht von ihnen macht. Das ist nicht nur legitim, das ist wichtig, ja hilfreich: "Für was man Worte hat, darüber ist man schon hinweg", sagte Hippokrates vor rund 2 000 Jahren. Und das ist nicht nur zutreffend für die unbewußten Störungen im Rahmen einer Neurose, das ist für jeden Alltagskummer heilsam. Um wieviel mehr, wenn man unter solchen Beeinträchtigungen zu leiden hat, wie sie oben geschildert werden. Also sei für hier und alle anderen Begleiterscheinungen noch einmal wiederholt:

Man muß die Patienten über ihre Nebenwirkungen reden lassen. Wie sollen sie sonst damit fertigwerden. Es ist eine bedeutsame Aufgabe, ja menschliche Pflicht derjenigen, die gesund bleiben durften, hier ein wenig zur Entlastung beizutragen. In kritischen Krankheitsfällen, die besonders bei schizophrenen Erkrankten nicht auszuschliessen sind, kann ein solches Verständnis sogar das entscheidende Ventil sein, um einen unbemerkt wachsenden Überdruck abzuführen, der sich vielleicht sonst in fremd- oder selbstaggressiven Handlungen äußern müßte.

Im weiteren sollte man wissen, daß diese Mattigkeit oder sogenannte Minderung der Vigilanz (Fachausdruck für den Zustand der Wachheit) sich meist nur zu Beginn der Behandlung zeigen, um dann - trotz gleichbleibender Dosis - deutlich zurückzugehen. Der Organismus gewöhnt sich also an das Medikament - wenigstens bis zu einem gewissen Grade.

Nun könnte man einwenden: Warum nicht gleich die Dosis reduzieren? Das ist der berühmte schmale Grat zwischen "soviel wie nötig und so wenig wie möglich". Denn zum einen muß man die Psychose mit allen ihren Folgen sicher in den Griff bekommen, zum anderen aber hat man die Nebenwirkungen so erträglich wie möglich zu halten. Wenn also nach einiger Zeit die anfangs zu hoch empfundene Dosierung besser vertragen wird, so ist dies im Grunde eine erfreuliche Entwicklung: weniger Begleiterscheinungen bei unverändert sicherem Rückfallschutz.

Allerdings ist die individuelle Reaktion auf Neuroleptika sehr breit gefächert: Wie bereits angedeutet, gibt es hier sehr große individuelle Unterschiede, was sich nicht zuletzt in der medikamentös ausgelösten Mattigkeit äußert. Das muß man natürlich erst einmal herausfinden und dann berücksichtigen. Im übrigen vertragen gerade jene, die auf eine Langzeitbehandlung angewiesen sind, zuletzt ganz erstaunliche Mengen - aus welchen biochemischen Gründen auch immer. Das ist wiederum günstig, denn gerade manche chronisch kranke Schizophrene bedürfen mitunter über lange Zeit hohe Dosen - und kommen damit trotzdem meist befriedigend damit zurecht, was ihre Beeinträchtigungen anbelangt.

Ansonsten empfehlen sich die bekannten Linderungsmöglichkeiten: die Dosisanpaßung bzw. geschickte Dosisverteilung, d. h. die Hauptdosis nieder- und mittelpotenter Neuroleptika mit müdemachender Wirkung auf Abend und vor allem Nachtzeit legen. Damit wird zumindest ein Teil der Müdigkeit "verschlafen", ja sogar als Schlafmittelersatz genutzt.

Was ältere Menschen anbelangt, so bedürfen sie in der Regel wesentlich weniger von der sonst "üblichen" Dosis. Sie sind sogar verstärkt gefährdet durch das bereits geschilderte pharmakogene Delir, insbesondere bei mehreren Arzneimitteln mit gleichen Nebenwirkungen. Ihnen gibt man meist nur die

Hälfte bzw. ein Drittel der Standarddosis. In manchen Fällen kann sich dies allerdings auch als sogenannte "geriatrische Unterdosierung" erweisen, also als unzureichende Medikation, weil der Betreffende trotz höherem Lebensalter durchaus mehr benötigt und offensichtlich auch verträgt. Das muß man im Einzelfall herausfinden.

Und schließlich darf man sich über eine verstärkte Müdigkeit und Benommenheit nicht wundern, wenn - wie erwähnt - noch andere dämpfende Arzneimittel genommen werden -, teils durch ärztliche Anordnung, teils in Selbstmedikation: Beruhigungs- und Schlafmittel, ja sogar leicht sedierende Pflanzenmittel (z. B. Hopfen, Baldrian, Melisse u. a.).

Eine ganz besonders ausgeprägte Potenzierung mit ggf. unglücklichen Konsequenzen ergibt sich natürlich aus der Kombination von sedierenden Neuroleptika und Alkohol. Derlei kann zu geradezu dramatischen Folgen führen, besonders wenn man seine individuelle Reaktion nicht kennt.

#### • **Innere Unruhe**

Natürlich gibt es nicht nur schizophren Erkrankte mit Antriebslosigkeit, Inaktivität, Apathie, Rückzugsneigung u. a., sondern auch das Gegenteil: *unruhig, nervös, gespannt, angetrieben, überaktiv*, "eigenartig zappelig" oder gar mit Neigung zu unkontrollierbaren Erregungszuständen mit der bereits erwähnten Fremdgefährdung (aggressive Durchbrüche) und Selbstgefährdung (Selbsttötungsgefahr). Ohne medikamentöse Dämpfung ist das Leiden zwar schon schwer zu ertragen (nicht zuletzt für die Umgebung), doch kann der Betroffene seine Getriebenheit und innere Unruhe wenigstens noch in Aktionen umsetzen, Spannungszustände und Bewegungsüberschuß gleichsam körperlich abführen. Schon jeder Gesunde weiß, daß es bei Angst und Nervosität quälender ist, ruhig sitzen zu müssen, als auf- und ab- oder gar davonlaufen zu können. Körperliche Aktivität ist angst- und spannungslösend und stabilisiert die Stimmung - sogar vorbeugend.

Nun gibt es unter den hochpotenten Neuroleptika teils antriebsneutrale, teils aber auch aktivierende Präparate. Letztere verordnet man gerne den antriebsgehemmten Psychotikern. Dadurch läßt sich einerseits die Wahnsymptomatik verringern, andererseits werden sie auch wieder etwas aktiver und ihrer Umwelt zugewandter. Dabei kann es gelegentlich schon vorkommen, daß der Betreffende "überdreht" wird, gleichsam in eine künstliche Überaktivierung gerät. Glücklicherweise läßt sich das durch Dosisanpassung oder notfalls Umsetzen auf ein anderes Präparat mit weniger stimulierenden Eigenschaften rasch regeln - vorausgesetzt, der Zustand wird rechtzeitig erkannt und dem behandelnden Arzt gemeldet.

Besonders problematisch wird es für den Betroffenen, wenn seine krankheitsbedingte "innere" Unruhe, Spannung oder gar Erregung von "außen", d. h. medikamentös gedämpft werden muß. Eigentlich ist das eine der wichtigsten Funktionen der nieder- und mittelpotenten Neuroleptika. Und für die Angehörigen zu Hause oder das Pflegepersonal in der Klinik erscheint es bisweilen unverzichtbar, soll "halbwegs wieder Ruhe und Ordnung einkehren". Für manche Patienten aber bedeutet dies keine geringe Beeinträchtigung, das muß einmal offen ausgesprochen werden. Viele fühlen sich "regelrecht doppelt belastet". Denn eine solche medikamentöse Dämpfung ist selbstredend kein natürlicher Zustand der Erregungsabfuhr oder gar Entspannung und inneren Befriedung. So etwas wird erst einmal als "Kampf zwischen zwei Extremen" beschrieben: innerliche Getriebenheit und äußerliches "Runterbremsen", ohne daß dieser seelisch-körperliche Zwiespalt auch wirklich gelöst wäre - jedenfalls fürs erste. Hier ist die Metapher von der "chemischen Zwangsjacke" sicher zutreffend, in die sich die Patienten gesteckt fühlen. Das wird nicht als Ventil, sondern eher als "schwerer Deckel auf einen Topf mit brodelndem Inhalt" empfunden. Da sich keine gefühlsmäßige Einigkeit erzielen läßt, sondern innere Getriebenheit und äußere Dämpfung gleichsam parallel wahrgenommen und vor allem ausgehalten werden müssen, mündet das ganze schließlich in ein regelrechtes "Chaos im Inneren". Manchmal werden diese verwirrenden Zustände sogar in verschiedene Körperregionen lokalisiert, die der Kranke dadurch als gleichsam verselbstständigt erlebt. Das müßte schon einen Gesunden irritieren, um wieviel mehr aber einen schizophren Erkrankten, der ohnehin gegen solche ungewöhnlichen und damit ängstigenden "Spaltungsempfindungen" anzukämpfen hat.

Glücklicherweise hält dieser seelisch-körperliche Zwiespalt im Antriebsverhalten nicht lange an. Meist "siegte" das Medikament, was ja auch der Sinn der Behandlung ist. Denn eine ungebrochene (dieser Begriff hat hier mehr Bedeutungsgehalt, als beim ersten Überlesen erkennbar wird), denn eine ungebrochene und damit längerfristige Unruhe oder gar Erregung würde die Kräfte bald verschleifen. Dann droht ein Erschöpfungszustand, der in weniger ausgeprägter Form ohnehin zum ständigen Begleiter werden kann.

Im übrigen pflegt man bei solchen inneren Spannungszuständen nicht nur mittel- und niederpotente Neuroleptika, sondern auch mehr und mehr Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine (s. das entsprechende Kapitel) dazu zu verordnen. Diese sedieren zwar ebenfalls, jedoch nicht so direkt dämpfend, eher auf dem Umweg einer angstlösenden, beruhigenden, ja sogar muskelerschlaffenden (und damit auch körperlich entkrampfenden) Wirkkombination. Beim schizophrenen Stupor, also einer – glücklicherweise seltenen – seelisch-körperlichen Erstarrung erweist sich diese Kombination sogar als meist überraschend wirkungsvoll und damit unerlässlich.

## • Wirkung auf das Gefühlsleben allgemein

Und schließlich soll nicht in Abrede gestellt werden, daß nieder-, vor allem aber mittel- und hochpotente Neuroleptika das *Gefühlsleben* auf eigentümliche Weise beeinflussen, ja beeinträchtigen können. Natürlich ist auch hier wieder schwer auseinanderzuhalten, was Folge der Psychose und was Medikamenten-Nebenwirkung ist. Auch darf man ein durchaus menschliches Erklärungsverhalten nicht außer Acht lassen: So mancher schizophrene Erkrankte steht gelegentlich fassungslos vor bestimmten Symptomen seines Leidens und kann sich nicht vorstellen, daß dies jetzt ein Teil seiner (erkrankten) Persönlichkeit sein soll. Und da bietet es sich geradezu an, manchmal ist es sogar gezielt entlastend, wenn man dieses oder jenes befremdliche Phänomen den ohnehin ungeliebten und oftmals aufgezwungenen Neuroleptika anlasten kann. Das wird zwar von nicht wenigen Patienten energisch in Abrede gestellt, ist aber wohl nicht auszuschließen.

Andererseits muß die Klagen der Patienten ernst genommen werden, die behaupten, daß die Neuroleptika ihre Gefühlsregungen unterdrückten, ihr Empfinden abblockten und dadurch ihr Seelenleben aus dem Gleichgewicht brächten. Ihr Gefühlsleben sei zwar noch innerlich vorhanden, könne sich aber nicht mehr richtig entfalten. Das Medikament "fessele ihr Inneres, ihr Seelenleben". Wieder die bereits bekannte chemische "Zwangsjacke", diesmal auf rein psychischer Ebene.

Kein Wunder, daß hier gelegentlich der intensive und schließlich unzügelbare Wunsch besteht, das "chemische Zeug" endlich wegzulassen. Doch was geschieht dann?

Sicherlich, es droht ein Rückfall. Das weiß auch der verzweifelte Patient oder ahnt es zumindest. Aber als erstes erlebt er nach einem solchen - meist eigenmächtigen - Absetzen einer neuroleptischen (Langzeit-)Medikation möglicherweise tatsächlich ein "unbändiges Gefühl der Befreiung". Die Dämpfung, Fesselung, das "Ausgebremstsein" würden verschwinden. Man sei wieder sich selber, ein freier Mensch. Das könne niemand nachempfinden, das müsse man erlebt haben. Und verstehen könnten es Nicht-Betroffene ohnehin nicht, schon gar nicht diejenigen, für die solche Medikamente bevorzugt ein Instrument von "Recht und Ordnung" seien.

Solche Sätze gehen natürlich am eigentlichen Problem vorbei und sind in ihrer Anklage auch nicht fair. Das muß hier nicht weiter diskutiert werden, das spürt sogar der Patient selber, obgleich er es in seiner Argumentiernot nicht wahrhaben will. Aber darum geht es in diesem Beitrag auch nicht, der sich auf rein pharmakologische Probleme konzentriert. Gleichwohl tut es allen Beteiligten – Angehörigen, Freunden, auch Pflegepersonal und Ärzten - oftmals

weh, mit ansehen zu müssen, wie dieser Verzweiflungsschritt geradezu unabwendbar in einen Rückfall mündet. – Sicher nicht grundsätzlich, aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

### **Verständnis statt Vorwürfe**

Das muß zwar nicht so sein, droht aber am wahrscheinlichsten, wenn zwei Punkte erfüllt sind: 1. *plötzliches* Absetzen der gesamten Dosis und 2. *Einnahmestop* ohne ärztliche Betreuung. Denn wenn die Behandlung beendet werden soll, dann nur durch ein langsames und vorsichtiges Ausschleichen unter Kontrolle von Arzt und sogar Angehörigen. Vor allem letztere müssen dabei über mögliche Vorposten-Symptome einer erneut ausbrechenden Psychose informiert seien, um diese umgehend dem behandelnden Haus- oder Nervenarzt mitzuteilen. Denn der Patient selber kann diese unglückliche Entwicklung mit der notwendigen Objektivität meist nicht registrieren - und wenn, dann blendet er sie bewußt (und verzweifelt) aus und läßt den Dingen ihren Lauf.

*Schlußfolgerung:* So stellt sich letztlich eine ungewöhnliche Situation dar. Zum einen muß man selbst als (halbwegs vernünftiger) Gegner der Psychopharmaka im allgemeinen und der Neuroleptika im besonderen zugestehen, daß diese Antipsychotika einen psychotischen Zustand nicht nur mildern, sondern die irritierenden Krankheitszeichen zum Verschwinden bringen und einen Rückfall verhindern können. Dies zumindest für die Dauer der Behandlung, oft auch darüber hinaus und nicht selten für das ganze weitere Leben. Zum anderen aber stellen sie vor eine besondere, eine neuroleptika-spezifische Qualität seelischen und körperlichen Erlebens. Und das bei schizophren Erkrankten, die ein ohnehin zerbrechliches "Ich" haben und die der Gleichzeitigkeit unfaßbarer, weil widersprüchlicher, ja gegensätzlicher Erlebensweisen hilflos ausgeliefert sind. Ausgerechnet diejenigen, deren Gefühlsleben schon krankheitsbedingt verändert ist, müssen noch zusätzliche Beeinträchtigungen hinnehmen, die durch die dafür zuständigen Arzneimittel ausgelöst sein können. "Vom Regen in die Traufe", meinte einmal ein Patient resigniert. Es wäre unredlich zu behaupten, er hätte unrecht. Man muß aber auch dagegenhalten, daß so einseitig die Situation auch wieder nicht ist:

Das eine ist ein Krankheitsbild, das das Leben tragisch zu beeinträchtigen vermag, weshalb man es - zumindest in schwereren Verlaufsformen - ohne gezielte Neuroleptika-Therapie kaum mehr in geordnete Bahnen zurückführen kann: Ein u. U. schicksalhaftes Leiden, jedenfalls über Jahrtausende hinweg, dem man aber wenigstens seit Einführung dieser Neuroleptika nicht mehr hilflos ausgeliefert ist.

Das andere sind Nebenwirkungen, die man in der Tat nicht auf die leichte Schulter nehmen sollte. Es sind aber auch keine Begleiterscheinungen, die

durchgehend irritieren oder gar quälen. Ein Teil ist nur an bestimmte - zeitlich begrenzte - Situationen innerer Unruhe gebunden. Mit den anderen kann man bis zu einem gewissen Grade versuchen, leben zu lernen. Ein gewisser Trost liegt in der Erkenntnis, daß alles seinen Preis hat - auch die Befreiung von einer schizophrenen Psychose.

Und eine nicht zu unterschätzende Hilfe liegt im Verständnis der näheren und weiteren Umgebung, d. h. Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte, Freunde, Nachbarn. Dieses Verständnis kostet nicht viel - außer zweierlei: 1. der Wille, sich über diese komplexen Verhältnisse fachlich zu informieren und 2. eine mitmenschliche Einstellung, die versucht, sich in die besonderen innerseelischen Bedingungen des anderen einzufühlen, der nicht mehr Herr seiner eigenen Gefühlswelt sein darf.

### • Neuroleptika-bedingte Depressionen

Depressive Verstimmungszustände scheinen zuzunehmen. Dies findet man auch gehäuft bei Schizophrenen, die ja oft unter neuroleptischer (Langzeit-)Therapie stehen. Daraus folgerte man, daß Neuroleptika auch eine sogenannte "*pharmakogene (medikamentenbedingte) Depression*" auslösen können. Allerdings muß man dies differenzierter betrachten (s. auch nachfolgende Tabelle):

**Tabelle 2: Depressionen bei Schizophrenie**

Depressive Zustände bei schizophrenen Psychosen können verschiedene Ursachen haben, die dann auch unterschiedliche Behandlungsstrategien erfordern:

1. Depressive Herabgestimmtheit als Teil des schizophrenen Beschwerdebildes
2. Depressive Reaktion auf Symptomatik und Folgen des schizophrenen Leidens
3. Depressives Beschwerdebild nach Besserung der akuten Schizophrenie-Symptomatik, ein gleichsam depressiver Erschöpfungszustand als Folge der Psychose
4. Depressive Phase im Rahmen einer schizoaffektiven Psychose, also einer mehrschichtigen Erkrankung mit sowohl depressiven oder manischen als auch schizophrenen Symptomen
5. Depression als Neuroleptika-Nebenwirkung

Im Frühstadium einer beginnenden Schizophrenie sind depressive Symptome nicht selten: rasch ermüdbar, zerstreut, konzentrationschwach, schlaflos, gedrückt, ratlos, mißmutig, gequält von innerem Erkalten, Grübelsucht und dunklen Ahnungen.

Mit fortschreitender Genesung, vor allem nach Behandlungsabschluß und Entlassung aus der Klinik kommen gelegentlich psychoreaktive Folgen dazu: Resignation, Furcht vor Arbeitsplatz, Nachbarn usw., insbesondere vor Tuscheleien, Rückfallgefahr u. a.

Auch während des Leidens und sogar danach sind bestimmte depressive Symptome nicht auszuschliessen, manchmal sogar durchaus krankheitstypisch: überwiegend gehemmte, antriebsreduzierte, apathisch-depressive Zustände, in der Fachsprache deshalb auch postremissiver (nach Besserung auftretender) depressiver Erschöpfungszustand genannt. Manchmal ist das depressive Bild mit einem neuroleptisch-bedingten Parkinson-Syndrom kombiniert. (Treten übrigens depressive und schizophrene Symptome gleichrangig oder kurz hintereinander auf, spricht man von einer schizoaffektiven Psychose, die beide Erkrankungen enthält und deshalb auch mit Antidepressiva und Neuroleptika zugleich behandelt werden muß.)

Leider besteht inzwischen kein Zweifel, daß gerade eine längerfristige Neuroleptika-Behandlung auch depressive Zustände auszulösen und zu unterhalten vermag. Solche sogenannte *pharmakogene*, d. h. medikamentenbedingte Depressionen sind auch möglich ohne ein zugrundeliegendes seelisches Krankheitsbild, das man ansonsten dafür verantwortlich machen könnte. Sie treten nach einer rund 6 bis 8 Wochen dauernden Therapie mit Neuroleptika auf. Reduziert man ihre Dosis oder setzt sie ganz ab, verschwinden die depressiven Symptome in der Regel nach kurzer Zeit wieder. Das wäre ein Beweis für die sogenannte "depressiogene Potenz" der Neuroleptika. Wie häufig derlei zu erwarten ist, bleibt umstritten: Je nach Untersuchung spricht man von nur einigen wenigen Prozent bis zu zwei Drittel oder gar drei Viertel aller Patienten, die mit Neuroleptika über längere Zeit behandelt werden müssen. Offenbar hat ein solcher Erscheinungswandel schizophrener Psychosen in Richtung depressiv-apathisch spürbar zugenommen.

In diesem Zusammenhang sei schon jetzt einmal auf den Einsatz hochpotenter Neuroleptika in stark reduzierter Dosis hingewiesen, die als Beruhigungsmittel-Ersatz zur vegetativen Stabilisierung in Form einer "Wochenspritze" eingesetzt werden. Darüber wird in Fachkreisen seit Jahren diskutiert: Die einen führen den - in vielen Fällen zugegebenermaßen erfreulichen - Behandlungserfolg ins Feld und weisen darauf hin, daß diese hochpotenten Neuroleptika in niedriger Dosis als "Wochentranquilizer" nicht süchtig machen - im Gegensatz zu den echten Tranquilizern. Die anderen, meist Nervenärzte, stören sich insbesondere an den langen Behandlungszeiten, d. h. Monate, ja Jahre, durch die späte neuroleptika-bedingte Bewegungsstörungen nicht auszuschließen sind, selbst in einer niedrigen Dosierung. Vor allem muß man durch solche, zeitlich überzogenen Behandlungsphasen mit pharmakogenen Depressionen rechnen, was natürlich



nicht der Sinn der einmal beabsichtigten psycho-vegetativen Stabilisierung sein kann. Weitere Einzelheiten siehe später.

Während aber der Einsatz von Neuroleptika zur psycho-vegetativen Stabilisierung nicht unabdingbar ist, insbesondere bei einem ausreichenden psychotherapeutischen Angebot, ist dies bei schizophrenen Psychosen anders. Wird eine pharmakogene Depression im Rahmen einer neuroleptika-behandelten Schizophrenie festgestellt, pflegt man als erstes die Dosis vorsichtig zu reduzieren, sofern es das psychotische Krankheitsbild gestattet. Dann müßte sich innerhalb einiger Wochen eine Besserung abzeichnen. Handelt es sich um eine Therapie mit Depot-Neuroleptika, die alle 1 bis 4 Wochen in den Muskel injiziert werden, dann gilt es natürlich erst einmal das Injektions-Intervall abzuwarten, weil man hier ja die Dosis nicht mehr nachträglich verringern kann. Eine vorzeitige Korrektur ist dennoch gelegentlich möglich, und zwar durch die Gabe des bereits mehrfach besprochenen "Gegenmittels" Akineton<sup>R</sup>. Wenn man es spritzt, wirkt es noch schneller.

Hat sich das depressive Beschwerdebild so ausgeprägt, daß eine reine Neuroleptika-Reduktion nicht mehr ausreichend erscheint, kann zusätzlich ein Antidepressivum verordnet werden. Das ist bei den sogenannten schizoaffektiven Psychosen mit "doppeltem Beschwerdebild" ohnehin die Regel (sogenannte "Zweizügeltherapie"). Allerdings muß man hier bestimmte (meist antriebssteigernde) Antidepressiva meiden, die sonst die schizophrene Psychose wieder verstärken könnten. Unter den - für einen solchen mehrschichtigen Zustand empfehlenswerten - Arzneimitteln gibt es jedoch noch immer eine ausreichend große Auswahl. Weitere Hinweise siehe das Kapitel über die atypischen Neuroleptika.

*Schlußfolgerung:* Depressionen während einer neuroleptika-behandelten Schizophrenie können zwar verschiedene Hintergründe haben, nicht zuletzt psychosozialer Natur. Sie gehen aber gelegentlich in der Tat auf Medikamente, in diesem Fall Neuroleptika zurück. Meist sind sie jedoch durch Dosisanpassung und schließlich durch eine parallel laufende antidepressive Medikation rasch einzudämmen. Allerdings muß man sie schon im Anfangsstadium registrieren und ernstzunehmen lernen, weil im unglücklichsten Falle sonst eine erhöhte Selbsttötungsgefahr dieser Patienten droht, die gleichsam durch ein doppeltes Leiden belastet sind.

## DOSIERUNG

Das zweithäufigste Diskussionsthema zwischen Arzt und Patient neben der Frage: Neuroleptika oder nicht? ist die Höhe der *Dosierung*. Auch das ist ein

Spezifikum dieser Arzneimittel. Wo sonst kommt es vor, daß sich der Patient oder seine Angehörigen in einer solch eindeutigen Fachentscheidung engagieren, ja, sich förmlich aufdrängen, wenn nicht gar ihre Behandlungswilligkeit von einem Mitspracherecht abhängig machen. Das erscheint auf den ersten Blick absurd, vielleicht sogar typisch für die betroffenen Patienten. Wenn man jedoch dieses Phänomen objektiv und nüchtern betrachtet, dann hat es tatsächlich 2 diskussionswerte Seiten:

Zum einen gibt es keine Unklarheiten, kann es keine geben. Wahl und Dosis eines Medikamentes ist und bleibt ausschließlich Aufgabe des behandelnden Arztes. Er hat die Fachkenntnis und Übersicht, er trägt auch die Verantwortung. Daß er nicht immer so erfolgreich, vor allem spontan erfolgreich sein kann, wie es manche erwarten, sollte eigentlich nicht verwundern und schon gar nicht Grund für mangelnde Mitarbeit sein. Der Mensch ist keine Maschine und kann nicht einfach repariert werden. Vor allem: Wenn man dem Arzt in sein Aufgabengebiet hineinredet, ihn unter Druck setzt, seine Autorität und Fähigkeiten in Frage stellt usw. - wem schadet man dabei am meisten? Dem Patienten. Kurz: Die Dosierung ist und bleibt Aufgabe des Arztes.

Allerdings kann man sich gerade bei den Neuroleptika eine gewisse Beteiligung in Form eines Mitspracherechtes durchaus vorstellen. Es gibt nämlich nur wenige Arzneimittel, die einen ggf. so schmalen Erfolgspfad zwischen Wirkung und Nebenwirkungen freilassen. Natürlich gibt es Dosierungs-Richtlinien, die der Arzt weitgehend einzuhalten versucht. "Versucht" ist dabei aber der richtige Ausdruck, denn gerade bei den Neuroleptika muß man auch einen individuellen Dosierungsfaktor berücksichtigen. Und dieser ist relativ groß. Bezüglich des Therapieerfolges könnte man aber der Meinung sein: Eine Überdosierung ist besser als eine Unterdosierung. Dagegen wäre bei den Nebenwirkungen eine Unterdosierung günstiger als eine Überdosierung.

Nun zählen zwar vor allem der Behandlungserfolg und nicht die unerwünschten Begleiterscheinungen - im allgemeinen. Doch bei den Neuroleptika können manche Nebenwirkungen ein solches beeinträchtigendes Ausmaß annehmen, nicht zuletzt therapeutisch unbeeinflussbar und ggf. längerfristig, daß auch die Dosierungs-Strategie neue, in der Medizin vielleicht nicht übliche Wege beschreiten muß. Das besagt, daß derjenige, der die unerwünschten Begleiterscheinungen als erster spürt, am besten einzuschätzen vermag und mit den psychosozialen Folgen leben muß, die Möglichkeit haben sollte, die Höhe der Neuroleptika-Dosierung mitzubestimmen. Dann allerdings muß er auch einen möglichen Mißerfolg oder eine zu lange Behandlungsdauer mitverantworten. Es geht natürlich nicht, daß man den Arzt zu einer "erträglichen" Dosierung zwingt und ihn gleichzeitig dafür verantwortlich macht, wenn sich die vereinbarte Unterdosierung als Mißerfolg herausstellt. Das ist es nämlich, was viele Ärzte verbittert: Gerne würde man - gerade auf dem

Gebiet der Psychopharmaka - den Patienten ein Mitspracherecht einräumen, wenn sie dann nur die Mitverantwortung akzeptieren könnten. Dies ist zwar nicht einfach, besonders wenn man Betroffener und "Mit-Therapeut" zugleich sein soll, aber es ist eine faire Teilung der Verantwortung. Allerdings dürfte dies in der Psychiatrie im allgemeinen und bei jenen Patienten, die Neuroleptika benötigen im speziellen, nur selten praktikierbar sein. Hier kollidieren Wunsch und Wirklichkeit.

Neben diesem Aspekt, der mehr das Arzt-Patient-Verhältnis betrifft, gilt es natürlich noch andere Seiten zu berücksichtigen, nämlich die Frage: Handelt es sich um eine 1. Akutbehandlung, 2. Langzeittherapie oder 3. Rezidivprophylaxe. Was versteht man darunter und wie muß der Arzt hierbei vorgehen?

### **Akutbehandlung**

Von einer *Akutbehandlung* spricht man dann, wenn ein Krankheitsbild erstmals oder nach einer mehr oder weniger langen Zeit der Symptomfreiheit erneut ausbricht. In einer solchen akuten Phase ist der Patient mit einer Psychose meist in einem Ausnahmezustand, in dem es ihm in der Regel nicht gelingt, sich seelisch, geistig und vielleicht sogar körperlich unter Kontrolle zu halten. Hier können Dinge geschehen, an die man sich nach der Genesung entweder nicht mehr oder irritiert bis erstaunt, wenn nicht gar fassungslos erinnert. Hier muß gehandelt werden, so schnell und so effektiv wie möglich.

Und dies bestimmt auch die Dosierung. Sie sollte in einem solchen Zustand so hoch gewählt werden, daß die psychotischen Symptome möglichst rasch und durchgreifend gemildert oder gar zum Verschwinden gebracht werden können. Dieses Ziel hat Vorrang, ihm muß sich der Wunsch nach möglichst erträglichen Begleiterscheinungen unterordnen. Das heißt natürlich nicht, daß man ernstere Nebenwirkungen in Kauf nehmen muß, dafür gibt es ja auch rasch wirkende "Gegenmittel". Doch leichtere Beeinträchtigungen sollten hier das Behandlungsschema nicht wesentlich behindern dürfen.

Dabei mag zwar der eine oder andere denken: Bestimmte Nebenwirkungen können - vielleicht nicht körperlich, wohl aber seelisch - genauso negativ beeinträchtigen wie manche psychotischen Symptome. Also muß man diese sehr wohl gegeneinander abwägen. Das wird der Arzt auch tun. Doch sollte man als Laie eines nicht vergessen: Eine Psychose kann ein folgenschweres Geschehen sein, selbst wenn man nach außen hin wenig oder gar nichts zu erkennen vermag. Die im allgemeinen erstaunlich lange Regenerationszeit nach einer solchen Krankheit, insbesondere auf geistigem, aber auch körperlichem Gebiet zeigt, wie kräftezehrend ein solches Leiden auszufallen pflegt. Deshalb versucht der Arzt diesen krankhaften Prozeß so schnell wie möglich zu beenden. Und dafür nimmt er dann auch einmal unangenehme bis lästige Nebenwirkungen in

Kauf, wenn er sieht, daß eine Dosisreduktion längst überwunden geglaubte Symptome wieder aufflammen läßt.

Wie lange eine solche Akutbehandlung dauert, hängt vom jeweiligen Krankheitsgeschehen ab. Manchmal sind es nur Tage, manchmal mehrere Wochen. Wenn sich kein Erfolg abzeichnet, wird die Dosis in der Regel erhöht oder man versucht es mittels intravenöser Tropf-Infusionen, die gewisse Vorteile haben wie die intramuskuläre Injektion auch. Und wenn alles nichts bringt, wird auf ein neues Neuroleptikum aus einer anderen Substanzgruppe umgesetzt. Dann muß man allerdings wieder von vorne anfangen, was den Behandlungsfaktor "Zeit" und damit die Geduld des Betroffenen und seiner Angehörigen anbelangt.

Wenn es das Beschwerdebild erzwingt, wird im übrigen schon sehr früh eine Kombinationstherapie eingeleitet. Sie besteht meist - insbesondere bei unruhigen, gespannten oder gar erregten Patienten - aus der gleichzeitigen Gabe eines hochpotenten sowie niederpotenten Neuroleptikums. Bisweilen wird zu dem hochpotenten Neuroleptikum auch ein Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine dazuverordnet, allerdings zeitlich begrenzt.

Wenn das akutpsychotische Beschwerdebild schließlich abgeklungen ist, verlangen manche Patienten und sogar bisweilen Angehörige eine deutliche Reduktion der Neuroleptikum-Dosis. Das erscheint auf den ersten Blick nachvollziehbar, vernünftig ist es aber nicht. Nicht jedes psychotische Beschwerdebild ist, nur weil es sich nicht mehr (so ausgeprägt) nach außen äußert, schon völlig ausgestanden. Man darf ja nicht vergessen, daß diese Symptome lediglich unterdrückt werden, was - gemessen an früher - schon ein großer Erfolg ist. Ob sich die wahrscheinlich biochemisch verankerten Veränderungen im Gehirn, die diesem Leiden zugrundeliegen, ebenfalls schon normalisiert haben, ist keinesfalls sicher, im Grunde sogar zu bezweifeln. Und darauf kommt es an. Mit anderen Worten: Es gilt, die Akut-Dosis noch einige Zeit so zu belassen oder nur gering zu ändern, um die eingeleitete Stabilisierungsphase nicht zu gefährden. Erst wenn man sich halbwegs sicher ist, daß es zu keinem Rückfall mehr kommt, kann man vorsichtig reduzieren.

*Schlußfolgerung:* Die Akutphase einer Psychose soll so rasch und durchgreifend wie möglich gemildert oder zum Abklingen gebracht werden. Diese Aufgabe bestimmt die Dosierung. Das schränkt notgedrungen die Rücksicht auf mögliche Begleiterscheinungen ein. Das gleiche gilt für eine Dosisreduktion, die sehr vorsichtig eingeleitet werden muß, auch wenn Patient und Angehörige noch so energisch darauf drängen.

## **2. Langzeitbehandlung**

Bei einer *Langzeitbehandlung* finden sich im allgemeinen keine nennenswerten Krankheitszeichen mehr, doch ist das Leiden sozusagen noch im Untergrund aktiv. Die psychotischen Symptome können wieder auftauchen, wenn die Dosis zu weit reduziert oder das Neuroleptikum ganz abgesetzt werden. Dies aber verhindert die sogenannte *symptomsuppressive Langzeittherapie*, was nichts anderes heißt als: Neuroleptika ausreichend hoch dosiert und lange genug verabreichen, um mögliche Symptome zu unterdrücken (aus dem lateinischen: *supprimere, suppressus*). Einzelheiten siehe das nachfolgende ausführliche Kapitel über Langzeittherapie bzw. Rezidiv-Prophylaxe mit Neuroleptika.

### 3. Rezidivprophylaxe

Die neuroleptische *Rezidivprophylaxe oder Rückfall-Vorbeugung* besagt folgendes: An sich ist die Psychose im Augenblick vollständig abgeklungen. Das zeigt sich auch dadurch, daß selbst das Absetzen der Neuroleptika nicht sofort wieder psychotische Symptome aufbrechen läßt. Bei einer Rückfall-Vorbeugung dienen die Neuroleptika also nicht der Unterdrückung eines psychotischen Beschwerdebildes, sondern der längerfristigen Verhütung eines Rezidivs (Rückfalls).

#### Langzeittherapie bzw. Rezidiv-Prophylaxe mit Neuroleptika

Eine *Langzeittherapie*, d. h. monate- oder gar jahrelange Behandlung mit Beruhigungs- oder Schlafmitteln vom Benzodiazepin-Typ ist nicht vertretbar, ja ggf. gefährlich (s. das spezielle Kapitel). Eine längerfristige Behandlung über viele Monate hinweg mit Antidepressiva kann bisweilen notwendig werden. Anders bei den Neuroleptika. Hier stellt sich die Frage einer Langzeitbehandlung bei z. B. schizophren Erkrankten häufiger - sei es durch Tabletten, sei es als Depot-Neuroleptikum intramuskulär gespritzt mit 1 bis 4 Wochen Wirkdauer. Doch daran knüpfen sich immer wieder Diskussionen, nicht zuletzt zwischen Patient, Angehörigen und Haus- bzw. Nervenarzt. Denn das Dilemma zwischen der Idealforderung an jede medikamentöse Behandlung und der Realität läßt sich in einem Satz ausdrücken:

So kurz und niedrig dosiert wie möglich, aber auch so lange und hochdosiert wie nötig.

Dabei hat sich in den letzten Jahren eine gewisse Sorglosigkeit verbreitet. Vor der Neuroleptika-Ära litten viele schizophren Erkrankten praktisch ihr ganzes Leben an psychotischen Beeinträchtigungen. Nicht wenige waren Dauer-Patienten in den damaligen Heil- und Pflegeanstalten. Nach Einführung der Neuroleptika und einer Reihe weiterer therapeutischer Maßnahmen halbierten sich die Belegzahlen der psychiatrischen Kliniken. Dies ging überwiegend auf die Möglichkeit zurück, selbst schwer erkrankte Schizophrene durch

längerfristige Neuroleptika-Behandlung wieder "draußen" lebens- und arbeitsfähig sowie vor allem gesellschaftlich integriert zu halten. Dabei zeigte sich jedoch bald, daß Neuroleptika in vielen Fällen kontinuierlich, d. h. über Jahre hinweg eingenommen werden mußten, wenn man nicht einen Rückfall riskieren wollte, für den es bis heute keinen verlässlichen Hinweis gibt, wann, wo und bei wem er droht.

Doch die Rehabilitationserfolge der letzten Zeit haben - wie konnte es anders sein - eine gewisse Leichtfertigkeit gebahnt. Vor allem meinte man lange Zeit, auf Medikamente verzichten zu können. Das hat sich jedoch als tragischer Irrtum herausgestellt. Natürlich besteht die Behandlung gerade eines schizophren Erkrankten aus 3 Therapiesäulen:

1. *Pharmakotherapie*: meist hoch-, mittel- und/oder niederpotente Neuroleptika
2. *Psychotherapie*: Behandlung mit seelischen Mitteln, vielfältige Therapieverfahren, bei Psychose-Kranken meist stützend
3. *Soziotherapie*: Sammelbezeichnung für vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen im partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen, schulischen/beruflichen u. a. Rahmen sowie mit vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten in der Klinik (z. B. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie)

Die beiden letzteren Therapiemöglichkeiten haben inzwischen an Bedeutung gewonnen, was den Gesamterfolg noch einmal verbessert und stabilisiert hat. Es wird aber in entsprechenden Langzeitkontrollen immer wieder darauf hingewiesen, daß in vielen, wenn nicht den meisten Fällen auf eine Pharmakotherapie nicht verzichtet werden kann, keinesfalls im Akutstadium und nur in besonders gelagerten Fällen im weiteren Verlauf (siehe später). Doch diese Entscheidung sollte ausschließlich dem Hausarzt bzw. Psychiater überlassen bleiben.

Natürlich sind die geklagten Nebenwirkungen unangenehm und beeinträchtigend. Doch sollte man auch die sozialen Nachteile einer schizophrenen Psychose nicht unterschätzen: Leidensintensität, Selbstgefährdung (Selbsttötungsversuche), Fremdgefährdung (aggressive Durchbrüche, psychotische Erregungszustände), psychosoziale Folgen wie Arbeitslosigkeit, Isolationsneigung – und nicht zuletzt die Belastung der Angehörigen.

Diese komplexe und schwierige Aufgabe ist nicht nur durch ein "entweder-oder", sondern meist nur durch ein "sowohl-als-auch" zu bewältigen, d. h. die sinnvolle Kombination von Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie.

Leider vermutet man, daß viele schizophren Erkrankte, deren Rückfälle man medikamentös verhindern könnte, nicht neuroleptisch eingestellt sind. Die Experten sprechen von jedem Vierten bis zwei Drittel aller Patienten, denen dieses Schicksal eigentlich erspart bleiben könnte.

Auf was ist deshalb im einzelnen zu achten?

## VERLAUF UND PROGNOSE EINER SCHIZOPHRENIE

### Allgemeine Aspekte

*Verlauf* und *Prognose* (Krankheits-Vorhersage, Heilungsaussichten) eines schizophrenen Leidens sind weitaus hoffnungsvoller, als im allgemeinen aufgrund unglücklicher Einzelbeispiele angenommen wird. Früher meinte man, die meisten Schizophrenen würden geistig und gefühlsmäßig "versanden". Heute weiß man, daß nach Abklingen des ersten psychotischen Schubes der weitere Verlauf zwar sehr unterschiedlich, in der Regel jedoch durchaus positiv ist - eine konsequente Behandlung vorausgesetzt. Das aber ist eines der tragischen Folgen manch' schizophrenen Krankseins, selbst in unserer Zeit:

Man vermutet nämlich, daß bis zur Hälfte aller Rückfälle dadurch zustande kommen, daß die Patienten ihre Neuroleptika mehr oder weniger eigenmächtig absetzen.

Zum einen quälen sie in der Tat bestimmte Nebenwirkungen, besonders wenn sie nicht gut auf ihre Medikamente eingestellt sind (was sich oftmals nur durch eine nachträgliche und immer wieder vorgenommene Dosisanpassung erreichen läßt).

Zum anderen finden sie es lästig bis demütigend, in ihrer Gesundheit von einer chemischen Substanz abhängig zu sein. Auf diese Weise werden die Neuroleptika auch zum "Prügelknaben" eines in der Tat belastenden Schicksals.

Und schließlich glauben nicht wenige, wenn es ihnen über einige Zeit hinweg befriedigend oder besser gegangen ist, dann könnten sie in eigener Verantwortung die völlige Medikamentenfreiheit wagen.

Am schlimmsten aber ist es, wenn sich trotz bisher ausreichend erscheinender medikamentöser Erhaltungsdosis plötzlich leichtere Zeichen einer erneuten Erkrankung einstellen, die Betroffenen aber nicht zum Arzt gehen, um den drohenden Rückfall durch eine etwas höhere Dosis abzufangen, sondern in ihrer psychotischen Eigenwilligkeit genau das Gegenteil, das Folgeschwerste tun: alles weglassen. Wenn man an einem Gerät ein beunruhigendes Geräusch

vernimmt, läßt man es ja auch nicht umso stärker und schneller laufen, sondern schaut nach, wo sich der Schaden befindet, um ihn zu beheben. Und so ist es auch mit den meisten körperlichen Krankheiten, vor allem wenn sie mit Warnschmerzen verbunden sind. Bei seelischen Störungen aber (z. B. Schizophrenie, Manie) nimmt dies häufig einen anderen Verlauf, sehr zum bitteren Nachteil des Patienten und seiner Angehörigen.

So gesehen könnte die Prognose weitaus günstiger sein, wird aber durch typisch menschliche und in diesem Fall auch krankheitsbestimmte Eigenheiten wieder verschlechtert. Dazu kommt die alte Erkenntnis, daß nicht alle Psychosekranken gleich gut auf Neuroleptika ansprechen, einige wenige sogar überhaupt nicht oder nur auf eine höhere Dosierung. Bei akut erkrankten Patienten muß man sogar mit rund einem Drittel an Behandlungsversagern rechnen, was sich allerdings auf einzelne Substanzen bezieht. Probiert man nämlich mehrere Wirkstoffe aus unterschiedlichen Stoffklassen aus, pflegt sich fast immer ein wenigstens befriedigender Behandlungserfolg einzustellen. Doch auch das bedarf der Mitarbeit von Patient und Angehörigen, die nicht schon nach den ersten erfolglosen Versuchen resignieren dürfen, auch wenn dies verständlich ist. Bei den organischen Leiden pflegt man erfahrungsgemäß etwas geduldiger zu sein, die seelischen haben es hier schwerer.

### **Konkrete Therapieansätze**

Wie geht man nun konkret vor? Als erstes muß man wissen, daß es nach dem derzeitigen Wissensstand leider nicht möglich ist, Ausmaß und Dauer eines Rückfallrisikos für den einzelnen Patienten zuverlässig abzuschätzen. Das hängt von zu vielen Faktoren ab, seien sie endogen (biologisch begründet) oder psychosozial bedingt (zwischenmenschlich, beruflich). Man muß sich also an das durchschnittliche Rückfallrisiko halten.

Wenn ein Patient *erstmal*s an einer eindeutig diagnostizierten Schizophrenie leidet und dabei nicht über längere Zeit im Sinne einer Rückfall-Vorbeugung neuroleptisch behandelt wird, dann droht bereits im ersten Jahr in mehr als der Hälfte der Fälle erneut einen Rückfall. In den kommenden 2 bis 3 Jahren steigt diese Gefährdung auf 80 - 90 % . Angesichts dieser ernüchternden Zahlen empfehlen die Experten für schizophrene Ersterkrankte eine neuroleptische Rezidivprophylaxe für mindestens 1 bis 2 Jahre. Es soll aber nicht verschwiegen werden, daß manche Fachärzte nach erstmaligem Ausbruch einer Schizophrenie sowie nach längeren "gesunden" Zeiträumen über mehrere Jahre hinweg versuchsweise auf einen längerfristigen neuroleptischen Rückfallschutz verzichten. Natürlich ist dann das Risiko größer. Auch hängt dies von verschiedenen Gegebenheiten ab (s. u.).



Bei *zwei- oder mehrmaliger Erkrankung* ohne längere symptomfreie Intervalle (gesunde Zwischenzeiten) sollte grundsätzlich eine vorbeugende Neuroleptikagabe erwogen werden - und war über einen ausreichend langen Zeitraum (s. u.) hinweg. Entsprechende Untersuchungen mit mehrfach erkrankten schizophrenen Patienten zeigen, daß ohne neuroleptischen Schutz rund 3 Viertel der Betroffenen bereits im ersten Jahr nach Absetzen der Neuroleptika wieder rückfallgefährdet sind. Dieses hohe Risiko mindert sich auch in der kommenden Zeit nicht.

Deshalb empfehlen die Experten bei mehrfach Erkrankten eine neuroleptische Rezidivprophylaxe über mindestens 5 Jahre. Ist es bei den letzten Krankheits-Schüben zur Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung gekommen, muß ggf. an eine zeitlich unbegrenzte Neuroleptikabehandlung gedacht werden. Allerdings hängt dies von verschiedenen Faktoren ab: Art und Intensität des Krankheitsbildes, soziale Bedingungen (Angehörige, Berufsausbildung usw.), Mitarbeit des Betroffenen (entzieht er sich jeglicher Kontrolle oder ist er wenigstens in größeren Abständen zu einer ärztlichen Konsultation bereit) u. a.

### **Psychosoziale Aspekte**

Auch wenn das Zustandsbild nicht so dramatisch erscheint, darf man die "heimlichen" psychosozialen Konsequenzen nicht unterschätzen, besonders in der ohnehin schwierigen lebensgeschichtlichen „Aufbauphase“ zwischen 15 und 30 Jahren, in der schizophrene Psychosen beim männlichen Geschlecht am häufigsten erstmals ausbrechen. Man denke nur an die Folgen in Partnerschaft, Freundeskreis, Familie, Nachbarschaft, Ausbildung, Berufsleben usw. Zwar bringt die Umwelt mehr Verständnis auf, als man ihr gemeinhin zutraut, besonders wenn sie offen informiert wird. Aber der Umstand eines ständig drohenden Rückfalls, und dann noch mit einem Beschwerdebild, das schwer nachvollziehbar ist, wird zur Belastung eigener Art. Das kann bisweilen mit dem Rückzug mancher Bezugspersonen bezahlt werden, die sich dieser "Überforderung" einfach nicht mehr gewachsen fühlen ("ich habe genug mit mir selber zu tun").

Angesichts dieser möglichen Konsequenzen ist die "Beeinträchtigung" durch eine längerfristige Neuroleptikabehandlung mit Rückfallschutz durchaus vertretbar, ja, es gibt letztlich keine andere Wahl. Man kann sich nur aussuchen: Widerstand gegen die Krankheit (was ohne Therapie kaum zu einem dauerhaften Erfolg führt) bzw. gegen die Neuroleptika (was einfach zu praktizieren, aber teuer zu bezahlen sein dürfte) - oder sich fügen. Und wer die Bedingungen akzeptiert und mit den Nebenwirkungen und sonstigen Beeinträchtigungen zu leben gewillt ist, wird auch plötzlich *seinen* gangbaren Mittelweg finden.

Sollte die Psychose immer häufiger ausbrechen oder sich eine ausgeprägtere Selbst- bzw. Fremdgefährdung zeigen, ist ein neuroleptischer Dauerschutz über längere Zeit ohnehin nicht zu umgehen. Natürlich verpflichtet eine solche langfristige Behandlung zur niedrigsten noch wirksamen Dosis, zuerst wohl in Form von Tabletten, Tropfen usw. Sollte sich dann eine intramuskulär gespritzte Depot-Gabe in 1- bis 4wöchigem Abstand aus den oben erwähnten Gründen als vorteilhaft erweisen, so sollten dies der Arzt konsequent empfehlen und die Angehörigen entsprechend unterstützen (s. u.).

Denn wenn die Psychose wieder ausbricht, ist meist mit keiner Einsicht mehr zu rechnen. Man darf eine solche Krankheit nicht mit einem Leiden verwechseln, das sich mit Schmerzen meldet, die sofort nach ärztlicher Hilfe, z. B. in Form von Medikamenten verlangen. Bei einer Geisteskrankheit herrschen andere Gesetze, die weit mehr fremdgesteuerte Einflußnahme verlangen als bei den meisten anderen Leiden. Dazu muß man als Angehöriger oder Betreuer stehen, auch wenn nur Unannehmlichkeiten drohen und wohl nur selten ein Zeichen des Dankes zu erwarten ist. Man muß sich einfach immer vor Augen halten: Was ist das Beste für den Patienten, ob er es anerkennen kann oder nicht.

### **Wer kann auf eine Rückfallprophylaxe verzichten?**

Gibt es nun keinerlei Ausnahme von den mehr oder weniger offiziellen Behandlungsrichtlinien, die neuroleptische Rezidivprophylaxe in der Regel bei (fast) allen Schizophrenen durchzuführen? Doch, und man ist sich auch darüber im klaren, daß ein kleiner, aber nicht zu unterschätzender Prozentsatz von schizophren Erkrankten (etwa 10 %) auch ohne die Belastung einer neuroleptischen Langzeitbehandlung keinen Rückfall mehr bekommen würde. Nur: Diese glücklicher gestellten Patienten kann man zuvor nicht als solche erkennen. Das ist nur rückblickend möglich - und dann natürlich zu Lasten des größeren Teils, der ohne Behandlung wieder erkrankt.

Trotzdem gibt es Ausnahmen. Das sind zum einen jene Patienten, bei denen die Nebenwirkungen einer neuroleptischen Therapie belastender sind als die möglichen Folgen eines schizophrenen Rückfalls (wobei die modernen atypischen Neuroleptika deutlich weniger belasten), zum anderen Patienten nach einer nur milden oder extrem kurzen schizophrenen Episode (nur wenige Tage). Und schließlich jene, bei denen die Diagnose einer Schizophrenie nicht eindeutig genug gestellt werden kann. Das alles unterstreicht allerdings die Notwendigkeit, im Falle einer solchen (Erst-)Erkrankung grundsätzlich einen Psychiater hinzuzuziehen.

### **Wie dosiert man eine Rückfall-Vorbeugung?**

Wie *dosiert* man nun eine solche *Rückfall-Vorbeugung*? Natürlich gilt auch hier der bereits erwähnte Merksatz: So viel wie nötig, so wenig wie möglich. Das hört sich zwar vernünftig an, ist aber nicht leicht zu praktizieren. Nun könnte man sagen: Man geht langsam, aber konsequent mit der Dosierung herunter, bis der Patient "seelisch gleichsam auf zu dünnes Eis gerät und psychisch einzubrechen droht". Dann hebt man die Dosis wieder an und alles ist gerettet.

Doch so einfach ist es nicht. Denn ein Rückfall durch Unterdosierung droht in der Regel nicht sofort, sondern erst mit einer Phasenverschiebung von mehreren (d. h. 6 bis 9) Monaten. Und damit nützt auch keine umgehende Dosisanpassung etwas, auch wenn man sie natürlich trotzdem vornimmt. So bleibt es dem behandelnden Arzt nicht erspart, sich trotz individueller Wünsche an den allgemeineren Behandlungserfahrungen bzw. Mindestdosen zu orientieren, die in wissenschaftlichen Dosisvergleichsstudien ermittelt wurden.

Wenn es aber dennoch zu einem Rückfall gekommen ist, dann sind 2 Fragen zu klären: 1. die Ursachen und 2. die notwendigen Behandlungsschritte.

Die *häufigste Rückfall-Ursache* ist das völlige Fehlen einer neuroleptischen Rezidivprophylaxe. Deshalb ist jeder Rückfall eine gute Gelegenheit, dieses Problem noch einmal zu besprechen - sofern es das psychotische Zustandsbild des Patienten zuläßt. Aber auch danach wird der Kranke seine Gründe gehabt haben, die man zur Sprache bringen und abklären sollte (z. B. Nebenwirkungen).

Die *zweithäufigste Ursache* aber ist eine Unterdosierung oder das zu frühe Absetzen einer Rückfallprophylaxe. Die Mindestdosen bzw. Mindestbehandlungszeiten lassen sich bei Mehrfacherkrankten am besten ermitteln, nämlich aus den früheren Erfahrungen heraus. Bei der Mindestdosis muß man allerdings - wie oben erwähnt - jene Dosis heranziehen, die rund 6 Monate vor dem erneuten Ausbrechen der schizophrenen Psychose bestand, weil die Folgen einer Unterdosierung ja erst rund ein halbes Jahr später eintreten. Gibt es aus früheren Krankheitsschüben keine entsprechenden Hinweise, muß man sich an die üblichen Mittelwerte aus wissenschaftlichen Studien halten.

Nicht zuletzt wegen der unzureichenden Einnahmезuverlässigkeit (engl.: Non-compliance) empfiehlt sich deshalb die schon erwähnte Behandlung mit einem in den Muskel injizierten Depot-Neuroleptikum (s. u.). Zwar kann man auch dort die Therapie unterlaufen, in dem man einfach nicht zum nächsten Injektions-Termin erscheint oder diesen immer mehr verlängert, bis es zum Rückfall kommt, doch das fällt eher auf.

So scheinen Patienten, die auf ein Depot-Neuroleptikum eingestellt wurden, deutlich weniger Rückfälle zu erleiden als jene, die sich gleichsam in eigener

Verantwortung die Tabletten oder Tropfen geben - mit allen Nachteilen einer solchen nicht zuletzt psychologisch bestimmten Situation. .

## DEPOT-NEUROLEPTIKA

Trotz wissenschaftlicher Fortschritte ist also bei der neuroleptischen Langzeitvorbeugung mit Rückfällen zu rechnen. Deshalb versuchte man schon früh wenigstens jenen Faktor zu verbessern, der vom Patienten bzw. seiner Einnahmezuvverlässigkeit nicht abhängig ist. Dies wurde tatsächlich Ende der 60er Jahre durch die Entwicklung von *Depot-Neuroleptika mit Langzeitwirkung* möglich. Sie werden im Intervall zwischen wenigen Tagen und 1, 2, 3 bis 4 Wochen in den Muskel injiziert und von dort mehr oder weniger gleichmäßig über diesen Zeitraum hinweg im Organismus freigesetzt, worauf die entsprechende antipsychotische Langzeit-Schutzwirkung beruht.

Tatsächlich ließ sich damit die durchschnittliche Rückfallrate deutlich verbessern. Daß der Erfolg nicht hundertprozentig sein konnte, versteht sich von selber. So etwas gibt es in der Medizin nicht. Und dort, wo der Patient nicht will, ist auch eine Depot-Spritze machtlos. Solche Behandlungs-Verweigerer lehnen natürlich nicht nur Tabletten, Tropfen, Säfte usw. ab, sondern - meist noch energischer - jegliche Injektion. Das sind nicht zuletzt jene Kranken, die jeden medikamentösen Eingriff als Aufgabe ihrer persönlichen Souveränität, als Unterwerfung oder gar Ausgeliefertsein an eine fremde Macht empfinden. Um zu einer solchen (Fehl-)Einschätzung der Lage zu kommen, muß man nicht einmal schizophren erkrankt sein. Das findet man auch bei seelisch Gesunden. Daß aber eine Psychose hier besondere Schwierigkeiten aufzuwerfen vermag, ist verständlich. Dies vor allem dann, wenn der Betroffene schon einmal in einer Krisensituation gegen seinen Willen "niedergespritzt" werden mußte. So etwas vergißt keiner, selbst wenn er zugeben muß, daß den Beteiligten keine andere Wahl blieb. Aus einer solchen Mischung von Verbitterung, Trotz, Scham, Resignation und Verzweiflung speist sich manchmal ein tragischer Teufelskreis.

Im weiteren gibt es den Behandlungsabbruch, dessen Ursachen und Bedingungen schon mehrfach diskutiert wurden. Auch ein Behandlungsabbruch ist natürlich trotz Depot-Injektion möglich, wobei man einfach nicht mehr zum nächsten vereinbarten Termin erscheinen muß. Das Ergebnis ist das gleiche, wie wenn man Tropfen, Tabletten usw. wegläßt. Deshalb nochmals:

Bis zu 2 Drittel aller Betroffenen müssen mit einem Rückfall rechnen, meist im 3. bis 7. Monat nach ihrem folgenschweren Entschluß, die Behandlung abzuschließen.

Günstiger hingegen können durch Depotspritzen sogenannte Behandlungsunregelmäßigkeiten beeinflußt werden - aus welchen Gründen auch immer. Dazu zählen Vergeßlichkeit, vorübergehende Gleichgültigkeit oder sonstige Widerstände, "weil die Tabletten ausgegangen sind", "der Arzt nicht schnell genug erreichbar war" usw. Hier liegen die unbestreitbaren Vorteile, die im folgenden noch einmal zusammengefaßt werden, einschließlich möglicher Nachteile, die nicht verschwiegen werden sollen:

### **Vorteile der Depot-Neuroleptika**

Die *Vorteile der Depot-Neuroleptika* sind ein weitgehend konstanter Blutplasma-Spiegel durch kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffes aus dem Muskeldepot. Außerdem die Umgehung der sogenannten Leberpassage (wie sie z. B. Tabletten, Säften usw. erzwingen), bei der das Medikament manchmal durch verstärkten Abbau an Wirkung verlieren kann. Dadurch reichen geringere Wirkstoffmengen aus, was ggf. manche Nebenwirkungen eindämmen könnte (z. B. späte Bewegungsstörungen - s. diese). Dazu bessere Therapietreue, weil die ein- bis vierwöchige Injektion exakt geplant und bei Nichterscheinen rechtzeitig angemahnt werden kann (Patient, Angehörige). Nicht zu vergessen eine engere Arzt-Patient-Beziehung durch die regelmäßigen Kontakte zum Injektions-Termin. Und schließlich ein psychologischer Vorteil: einmalige Injektion und nicht dauernde Tabletteneinnahme, die ständig an die Krankheit erinnert.

### **Die Nachteile der Depot-Neuroleptika**

Die *Nachteile der Depot-Neuroleptika* lassen sich stichwortartig wie folgt zusammenfassen: Eine Überdosierung mittels Tabletten oder Tropfen läßt sich leicht korrigieren; die erforderliche Dosisanpaßung ist umgehend realisierbar und führt meist zu einem befriedigenden Resultat. Anders bei einem Depot-Neuroleptikum: Einmal injiziert ist es "drin" und damit nicht mehr zu korrigieren - für 1 oder gar 4 Wochen. Hier muß man sich also entsprechend vorsichtig vortasten. Dabei lernt man Verträglichkeit und Dosierung dadurch besser abzuschätzen, daß man vor Einstellung auf ein Depot-Neuroleptikum den Patienten einige Wochen lang mit dem gleichen Medikament, aber erst einmal nur per Tabletten oder Tropfen behandelt.

Ganz selten und dann nur durch Experten vertretbar werden in besonderen Ausnahmefällen Depot-Neuroleptika auch gleich zur Akutbehandlung genutzt, doch das setzt bestimmte Bedingungen voraus, die zuvor erfüllt sein müssen (z. B. Erfahrungen des Patienten mit diesem Medikament in vorausgegangenen Krankheitsepisoden).

Ein Kompromiß besteht darin, und zwar nicht nur am Anfang, auch später, daß man mittels eines Depot-Neuroleptikums eine Art "neuroleptischen Dosis-Sockel" errichtet, der dann durch Tropfen oder Tabletten zur erforderlichen Enddosis aufdosiert werden kann. Und dort, wo die bereits injizierte Dosis zu hoch ausgefallen ist, lassen sich zumindest einige Nebenwirkungen durch "Gegenmittel" (z. B. Akineton<sup>R</sup>) wieder mildern. Allerdings setzt beides wieder eine gewisse Einnahmезuverlässigkeit voraus. Das betrifft vor allem die neuroleptische Zugabe. Das "Gegenmittel" Akineton<sup>R</sup> hingegen wird nicht bloß notgedrungen, sondern auch durch seine euphorisierende Wirkung in der Regel problemlos genommen.

Ein psychologischer Nachteil wurde bereits angedeutet (s. o.), nämlich der, daß die Injektion als ernster Eingriff in die seelisch-körperliche Integrität verstanden werden kann, während man die Einnahme von Tabletten oder Tropfen als "selbstverantwortlichen Beitrag" interpretieren könnte.

### **Injektionsintervall und Wahl des geeigneten Depot-Präparates**

Wie bereits erwähnt, gibt es Depot-Neuroleptika für wenige Tage und bis zu (fast) vier Wochen. Wo liegen die Unterschiede, ggf. Vor- und Nachteile? Die Entscheidung trifft natürlich wieder in erster Linie der Arzt. Er hat den Überblick, weiß am besten, wie er das gemeinsame Ziel, nämlich die Genesung am schnellsten und sichersten erreichen kann. Allerdings sollen auch Patient und Angehörige wissen, welche Möglichkeiten und Grenzen gegeben sind. Im einzelnen:

*Depot-Neuroleptika mit einem langem Injektionsintervall* (z.B. 4 Wochen) haben den naheliegenden Vorteil, daß seltener gespritzt werden muß, daß die weit auseinanderliegenden Injektionstermine eine größere Unabhängigkeit garantieren (z. B. bei Urlaubsreisen), daß man weniger behelligt ist, nicht zuletzt in psychologischer Hinsicht (abhängig von einer medikamentösen Stütze) usw. Ihr Nachteil besteht darin, daß eine ggf. erforderliche Dosisreduktion erst das nächste Mal praktikierbar ist. Zuvor muß man mögliche Nebenwirkungen mit dem "Gegenmittel" Akineton<sup>R</sup> korrigieren.

Der Vorteil der *kurz wirksamen Depot-Neuroleptika* (z.B. einige Tage) ist ihre bessere Steuerbarkeit. Dafür müssen sie häufiger injiziert werden; das ist lästig, wird vielleicht sogar als demütigend empfunden (s. o.).

Die *Injektionstermine*, die auf der Pharmakokinetik (was geschieht mit der Substanz im Organismus?) der einzelnen Präparate basieren, sollten in der Regel nicht wesentlich über- oder unterschritten werden. Bei einer Verkürzung der Intervalle kann es zur Kumulation kommen, d. h. zum Anstieg dieser Substanz

im Blutplasmaspiegel. Bei einem überzogenen Intervall riskiert man eine Unterdosierung am Ende dieses Zeitraums, vielleicht sogar durch völligen Abfall den Verlust des medikamentösen Schutzes. Das sollte man also vermeiden. Auch hat sich die sorgfältige Einhaltung der Termine nicht nur biochemisch, sondern auch psychologisch als großer Vorteil erwiesen.

Dennoch gibt es Einzelfälle, in denen eine Verkürzung oder Verlängerung des empfohlenen Injektionsintervalls möglich, ja sinnvoll sein kann. Wie bereits erläutert, reagiert der Organismus auf Neuroleptika sehr unterschiedlich. Das muß man für jeden einzelnen Patienten erst einmal abklären. Und so kann es vorkommen, daß jeweils am Ende des empfohlenen Intervalls regelmässig *Unterdosierungserscheinungen* zu beobachten sind. Dann berichten beispielsweise einige Patienten über innere Unruhe, Nervosität, Unsicherheit, eine Neigung zur Überforderung im seelischen, geistigen oder körperlichen Bereich, vielleicht sogar über eine übertrieben empfindliche bis mißtrauische Einstellung usw. Darauf kann man gezielt reagieren: Hier wird man - nach Absprache mit dem Arzt - das empfohlene Injektions-Intervall einfach verkürzen.

Andererseits hat man gelegentlich den Eindruck, daß die Depot-Spritze bei diesem oder jenem durchaus länger hält, als vom Hersteller angegeben. Dann wirkt die übliche Injektions-Praxis wie eine Überdosierung: Das Medikament ist gleichsam noch nicht aufgebraucht, die nächste Dosis jedoch bereits verabreicht. Folge: Der Blutplasma-Spiegel steigt nach und nach an, was sich in bestimmten Nebenwirkungen äußert, vor allem zum herkömmlichen Injektionstermin. Das ist zwar selten, doch wer dies immer wieder registrieren muß, sollte mit seinem Arzt sprechen und ggf. die Injektionstermine etwas strecken.

Aber *Vorsicht*: Leichte Überdosierungen sind in bezug auf eine Rückfallgefahr natürlich günstiger als eine "Verwässerung" des Rückfallschutzes durch fortwährende Unterdosierung.

Was schließlich die *Wahl des Depot-Präparates* anbelangt, so wird sie in aller Regel der zuständige Haus- oder Nervenarzt treffen. Er weiß, was er von dem Präparat zu fordern hat, wie es wirkt (antriebsneutral, aktivierend, leicht dämpfend, ggf. zusätzlich stimmungsstabilisierend usw.) und wie lange es schützt. Und vor allem, er hat persönliche Erfahrungen damit gewonnen. Das ist ein wichtiger Punkt, den man nicht unterschätzen sollte.

Ansonsten gelten folgende Regeln: Da die Depot-Neuroleptika die gleiche Wirksubstanz enthalten wie die entsprechenden oralen Zubereitungsformen, die man schlucken kann, muss man einfach nachprüfen, was als Tabletten, Tropfen oder Saft bisher erfolgreich war. Das Gleiche ist dann für das Depot-Neuroleptikum zu erwarten. Da jeder Einstellung auf ein Depot-Präparat in der

Regel eine mehrwöchige Behandlung mit Tabletten usw. voranzugehen pflegt, wird man also am ehesten jene Depot-Form verordnen, mit der der Patient bereits erfolgreich behandelt wurde.

Auf diese Weise kann der Arzt dann auch am besten die sogenannte Depot-Äquivalenz-Dosis berechnen. Das ist die Angleichung der neuen Spritzen-Dosis an die bewährte Tabletten- oder Tropfen-Dosis. Dafür gibt es bestimmte Tabellen, deren Aussagewert natürlich dann am zutreffendsten ist, wenn es sich um die gleiche Substanz handelt.

### **Schlußfolgerung**

Die Entwicklung einer Depot-Behandlung mit Langzeiteffekt gilt als Meilenstein in der Pharmakologie. So etwas gibt es bisher nur für die „alten“ („klassischen“) hoch- und mittelpotenten Neuroleptika. Auch für die niederpotenten Neuroleptika und die Antidepressiva wäre es ein großer Therapiefortschritt, doch der läßt offensichtlich noch auf sich warten. Das gleiche gilt bis heute für die neuen (atypischen) Neuroleptika. Trotz gewisser Nachteile überwiegen also die Vorzüge. Deshalb wächst auch ständig die Zahl jener Patienten, die sich zu einer Depot-Behandlung entschliessen.

Daß sich dabei auch jegliche Dosis-Höhe, nicht nur nach oben, sondern auch nach unten nutzen läßt, beweist die wachsende Zahl von Depot-Injektionen, die man heute sogar für leichtere Befindenschwankungen unterschiedlichster Art empfiehlt und praktiziert (s. später).

Doch auch für schizophrene Psychosen haben sich die Depot-Neuroleptika weltweit bewährt. Dies äußert sich schon dadurch, daß die Mehrzahl der schizophren Erkrankten in den Praxen niedergelassener Nervenärzte mit solchen Depotpräparaten behandelt wird. Dabei wählt man offensichtlich die geringstmögliche Dosis, die dann durch zusätzliche Einnahme von entsprechenden Tabletten, Tropfen usw. den Erfordernissen angepaßt werden. Dadurch läßt sich ein optimaler Rückfallschutz bei erträglichen Begleiterscheinungen garantieren.

## **WEITERE THERAPIESTRATEGIEN**

Schließlich gibt es noch eine Reihe weiterer neuroleptischer Therapiestrategien, die zwar weitgehend in Vergessenheit geraten sind, trotzdem noch kurz besprochen werden sollen. Im einzelnen:

### **Die sogenannte Intervalltherapie**



Eine gleichsam lückenlose Rückfall-Vorbeugung ist letztlich nur durch eine neuroleptische Langzeitbehandlung garantiert. Aber die ist wiederum mit einer gewissen Belastung verbunden: vor allem Nebenwirkungen, aber auch im Sinne von "ständig auf eine medikamentöse Krücke angewiesen sein". Wäre es da nicht sinnvoller, nur die wirklich rückfallgefährdeten Patienten vorbeugend zu behandeln? Dann könnte man nämlich jenen schizophren Erkrankten, die auch ohne Neuroleptika-Schutz kein Rezidiv erleiden würden, eine unnötige Behandlung ersparen.

Leider ist man – wie erwähnt - anhand der bisherigen Erkenntnisse der Meinung, daß nur rund 10 % aller dieser Patienten wirklich nicht rückfallgefährdet sind. Und was noch beklagenswerter ist: Diese wenigen Glücklichen lassen sich nicht im voraus erkennen. Also muß man auf "Nummer sicher" gehen, was die überwiegende Mehrzahl zwar schützt, einen geringen Prozentsatz besser Gestellter aber letztlich unnötig belastet.

Deshalb hat man nach weiteren Behandlungsstrategien geforscht und u. a. die *Intervalltherapie* geprüft. Bei ihr wird versucht, schizophren Erkrankte nicht mehr langfristig rückfall-vorbeugend zu behandeln, sondern Neuroleptika erst dann wieder anzusetzen, wenn sich entsprechende Rückfall-Hinweise ankündigen. In Fachkreisen nennt man das Prodomi, also sogenannte Vorposten-Symptome.

Leider hat sich diese - an sich einleuchtende - Therapievariante in der Praxis nicht bewährt. Das liegt schon an den psychologischen Gegebenheiten: Wann handelt es sich um Befindensschwankungen, wann um das kurzfristige Aufflammen psychotischer Symptome, wann um Vorposten-Symptome, die einen ernsteren Rückfall ankündigen. Kurz: Wenn man exakt nachprüft, liegt die Rückfallrate dieser Patienten deutlich höher als bei einer Dauerbehandlung mit Neuroleptika. Auch sind die eigentlich erhofften Vorteile der Intervalltherapie, nämlich geringere Nebenwirkungsrate oder bessere Lebensqualität nicht beweisbar. So bleibt eine Intervalltherapie bestenfalls dann interessant, wenn die betreffenden Patienten zu keiner Dauerbehandlung zu motivieren sind. Aber das ist letztlich eine Therapie zweiter Wahl.

*Schlußfolgerung:* Die Intervalltherapie hat die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen können. So bleibt die langfristige Rückfallprophylaxe mit Neuroleptika die beste Rückfallverhütung schizophrener Psychosen. Nur wo sich das nicht realisieren läßt, kann man eine Intervalltherapie ersatzweise versuchen.

### **Gleitende Dosierung durch Medikamenten-Mitbestimmung**

Zuletzt sei noch auf eine Behandlungsmodifikation hingewiesen, die erfahrene Psychiater (und Hausärzte in Zusammenarbeit mit Nervenärzten) schon lange

praktizieren: die "gleitende Dosierung" durch Medikamenten-Mitbestimmung des Patienten selber.

Dabei wird nach vorheriger Absprache mit dem betreuenden Arzt und in ständiger Kontrolle mit diesem (z. B. Telefonkontakte) versucht, den Patienten (ggf. mit Unterstützung seiner Angehörigen) die Neuroleptikum-Dosis bedarfsgerecht, d. h. um eine gewisse Bandbreite herum selber situationsangepaßt erhöhen oder verringern zu lassen. Im Idealfall ist damit dann eine jeweils optimale Dosierung garantiert. Das ist zwar aufwendig, weil es einen detailliert aufgeklärten, kooperationswilligen und vor allem kooperationsfähigen Patienten voraussetzt, und es braucht gute Mitarbeit von allen Seiten und letztlich einen ständig informierten Arzt.

Es kann aber unter günstigen Bedingungen so manche Krise rechtzeitig "abfedern", so manchen Rückfall mildern oder verhindern helfen. Auch werden dadurch die Selbstheilungsbemühungen des Patienten gestärkt und das Arbeitsbündnis zum Arzt stabilisiert.

Ist eine solche patientenmodifizierte Medikation auch nur begrenzt, vielleicht sogar selten möglich, versuchen sollte man sie ggf. dort, wo die Voraussetzungen günstig sind. Es stärkt auf jeden Fall die Therapietreue bzw. Einnahmezverlässigkeit.

## DIE BEHANDLUNG SCHIZOPHRENER MENSCHEN MIT EINER DEPRESSION

Auf die Möglichkeit, daß ein Mensch nicht nur eine Schizophrenie, sondern auch noch zusätzlich eine Depression zu ertragen hat, wurde bereits hingewiesen. Dabei muß man allerdings verschiedene Ursachen berücksichtigen. Nachfolgend noch einmal eine kurze Zusammenfassung mit entsprechenden Therapieempfehlungen:

1. *Depression als Symptom einer schizophrenen Psychose:* Depressive Zustände sind häufig Teil einer schizophrenen Grunderkrankung. Während der akuten Phase fallen sie weniger auf, hier binden die spektakulären psychotischen Symptome meist jegliche Aufmerksamkeit. Im weiteren Verlauf, insbesondere nach Abklingen des Leidens, können sie deutlicher werden. Hier haben sich - neben entsprechenden psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen - vor allem Neuroleptika mit stimmungsstabilisierender Wirkung, insbesondere die neue Generation der atypischen Neuroleptika bewährt. In Einzelfällen können auch bestimmte Antidepressiva nötig werden, doch gibt es dazu in Fachkreisen unterschiedliche Ansichten.

2. *Depression als Reaktion auf die Schwere des Leidens und seine Folgen:* Nicht wenige Schizophrene reagieren depressiv, wenn sie - meist nach Abklingen der akuten Symptomatik - die Schwere ihrer Erkrankung und die damit verbundenen Folgen realisieren (berufliche Leistungsfähigkeit, Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, sonstige Konsequenzen im psychosozialen Bereich). Dies ist die Domäne der psychagogischen Stützung, also einer Kombination aus Psychotherapie und Soziotherapie sowie pädagogischer Bemühungen.

Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen, doch sei auf eines hingewiesen: Patient und Angehörige dürfen ihre Anforderungen nicht zu hoch schrauben, nicht auf beruflichem, nicht auf zwischenmenschlichem Gebiet. Dem Betroffenen muß Zeit gelassen werden, sich zu regenerieren. Eine schizophrene Psychose ist eine ausgesprochen kräftezehrende Krankheit, deren vollständige Überwindung ggf. lange Zeit braucht - weitaus länger, als Patient und Angehörige in der Regel zugestehen wollen. Dies schließt auch die Akzeptierung kleinerer Krisen mit ein, teils seelisch, teils geistig, teils körperlich, teils psychosozial (z. B. wachsender Distanzwunsch gegenüber anderen, Rückzugsbedürfnis usw.).

3. *"Depression" als Neuroleptika-Nebenwirkung:* Manchmal ist es gar keine Depression, die den Patienten scheinbar seelisch-körperlich "einmauert" (sogenannte "akinetische Depression"), nicht einmal ein schizophrens Beschwerdebild, das an eine Depression erinnern könnte (sogenannte Minus-Symptomatik), sondern einfach eine neuroleptische Nebenwirkung. Einzelheiten zum sogenannten neuroleptischen Parkinsonoid und ähnlichen depressionsauslösenden Nebenwirkungen (s. die entsprechenden Kapitel).

Hier hilft sich der Arzt bei der Frage "Depression oder Nebenwirkung" durch einen Versuch mit dem schon mehrfach erwähnten "Gegenmittel" Akineton<sup>R</sup>, entweder als Tablette oder mittels intramuskulärer/intravenöser Injektion. Handelt es sich um eine neuroleptische Nebenwirkung, bessert sich das Bild bereits nach kurzer Zeit und die Diagnose steht fest. Dann kann man entweder die Neuroleptikum-Dosis reduzieren oder ggf. auf ein anderes umsetzen, das bezüglich solcher - depressionsähnlicher - Begleiterscheinungen weniger belastet ist (z.B. die atypischen Neuroleptika). Dagegen hat es sich als nicht sinnvoll erwiesen, das erwähnte "Gegenmittel" Akineton<sup>R</sup> gleichsam routinemäßig dazuzugeben.

4. *Depressive Phase im Rahmen einer schizoaffektiven Psychose:* Bei einer schizoaffektiven Psychose finden sich gleichzeitig oder kurz hintereinander depressive und/oder manische sowie schizophrene Symptome (schizodepressives oder schizomanisches Syndrom). Ein solches schizodepressives Syndrom kann gelegentlich eine sogenannte "Zweizügel-Therapie" erzwingen, nämlich sowohl Neuroleptika als auch Antidepressiva.

Der Erfolg ist meist erfreulich, doch muß eben auch mit vermehrten Nebenwirkungen gerechnet werden.

5. *Depression bzw. depressiver Erschöpfungszustand im Rahmen einer auslaufenden Schizophrenie (sogenannter schizophrener Residual- oder Rest-Zustand)*: Nachdem die schizophrene Psychose weitgehend überwunden ist, ausgehend von der Akutphase bis zum weitgehenden Rückgang der auffälligsten Symptome, macht sich häufig ein Erschöpfungsbild bemerkbar: müde, matt, "ausgelaugt", schnell erschöpfbar, resigniert, ratlos, mutlos, manchmal niedergeschlagen und hoffnungslos, gleichsam seelisch niedergedrückt, geistig noch immer nicht im Vollbesitz der früheren Leistungsfähigkeit und sogar körperlich "irgendwie hinfällig". Die zwischenmenschlichen, familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen u. a. Folgen kann man sich denken.

Das kann sehr lange dauern und scheint sich manchmal überhaupt nicht mehr völlig zurückzubilden. In Wirklichkeit ist es eine Frage der Zeit (manchmal allerdings auch eine solche der Ansprüche, die man an sich und seine Leistungsfähigkeit stellt). Auf jeden Fall sind hier die schon erwähnten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Unterstützungsmaßnahmen gefordert, gleichsam eine kontinuierliche psychagogische Stützung, vor allem aber der Schutz vor Überforderung - durch andere und den Patienten selber.

Ob sich daneben bestimmte Arzneimittel bewähren, wird unterschiedlich beurteilt. Eine durchschlagende Behandlungsmöglichkeiten steht derzeit nicht zur Verfügung. Dagegen kann man entweder eine Reduktion der Neuroleptikum-Dosis, die Umstellung auf eher stimmungsstabilisierende oder gar antriebsfördernde Neuroleptika bzw. eine zusätzliche Gabe von Antidepressiva diskutieren. Auch hier scheinen nebenbei die neuen atypischen Neuroleptika durchaus hilfreich.

## **DIE SOGENANNTHE THERAPIERESISTENTE SCHIZOPHRENIE**

Zum Schluß sei noch einmal jener tragische Fall gestreift, bei dem die schizophrene Psychose durch alle Behandlungsmaßnahmen - pharmakotherapeutisch, psychotherapeutisch und soziotherapeutisch - nicht befriedigend behandelt werden kann. Dies nimmt man für rund jeden 10. Fall an. Andere Schätzungen liegen etwas höher. Was kann man tun? Eine Reihe von möglichen Ursachen und Hintergründen sowie Vorhersage-Kriterien und Maßnahmen wurden bereits genannt. Nachfolgend noch einmal in Stichworten, was der Arzt diagnostisch-therapeutisch in einem solchen Fall durchzugehen pflegt:

## Diagnostische Überlegungen

1. Ist die *Diagnose* "schizophrene Psychose" richtig? Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch pflegt sich der Hausarzt oder Nervenarzt in der Regel zu fragen: Kann nicht auch eine bestimmte Persönlichkeitsstörung mit sogenannten schizoiden Zügen vorliegen? Oder eine wahnhafte Depression, eine schizoaffektive Psychose? Oder eine organisch begründbare Psychose, vielleicht durch Vergiftung, Unfall, Stoffwechselstörungen usw.? Oder handelt es sich um eine sogenannte psychosenahe Neurose\*? Je nachdem kämen auch andere Behandlungsmaßnahmen in Frage: Antidepressiva, vor allem aber eine vermehrte Psycho- und Soziotherapie.

2. Das Problem der unzureichenden *Therapietreue*: Hat der Patient die verordneten Neuroleptika auch wirklich und dann regelmäßig eingenommen? Bis 50 % beträgt die Rate mangelhafter Einnahmezuvverlässigkeit unter ambulanten Behandlungsbedingungen!

3. Hat der Patient vielleicht eine *geminderte Empfindlichkeit* aufgrund seiner spezifischen Stoffwechsellage? Dadurch käme es trotz ausreichender Dosierung zu keinem effektiven Blut-Spiegel (was sich durch entsprechende Spiegel-Messungen beweisen läßt). Die Lösung wäre dann eine Dosiserhöhung, ggf. bis hin zur Hochdosierung, wie man sehr hohe Dosen nennt, deren Einsatz aber Psychiatern/Nervenärzten überlassen bleiben sollte, und zwar am besten im Fachkrankenhaus.

4. *War man etwa zu vorschnell?* Es kommt zwar selten vor, daß eine Schizophrenie schon nach wenigen Wochen als therapieresistent mißdeutet wird, aber auszuschliessen ist es nicht, insbesondere bei ungeduldigen Patienten bzw. unverständigen und anspruchlichen Angehörigen. Dazu lediglich die alte Erkenntnis, die auch für Antidepressiva gilt:

Nebenwirkungen sind sofort, d. h. schon nach Tagen oder gar Stunden zu registrieren. Doch die erhoffte antipsychotische Wirkung mit dem ersehnten Therapieeffekt, d. h. Rückgang von Wahnideen, Trugwahrnehmungen, Denkstörungen usw. tritt erst später ein. Meist dauert es mehrere Tage, oft sogar 2 bis 3 Wochen und mehr. Ein Wechsel des Neuroleptikums ist deshalb wegen unzureichender antipsychotischer Wirkung erst nach 2 bis 4 Wochen sinnvoll - falls man nicht doch noch etwas zuwarten will.

5. Verdecken etwa *Nebenwirkungen* das sonst durchaus positive Behandlungsergebnis? Darüber wurde schon mehrfach in den entsprechenden Kapiteln hingewiesen. Beispiele: Früh auftretende, aber auch späte Bewegungsstörungen durch hoch- und mittelpotente Neuroleptika können manchmal so aussehen wie psychotische Stereotypen und Manierismen. Eine

neuroleptische Sitz-, Steh- und Gehunruhe könnte als psychotisch bedingte Bewegungsunruhe verkannt werden. Und ein neuroleptisch bedingtes Parkinson-Syndrom mit seiner Bewegungsstarre kann durchaus einem katatonen Stupor, also einer schizophreientypischen seelisch-körperlichen Erstarrung ähneln.

Solche Fehlinterpretationen mögen nicht so häufig sein, hängen auch von der Erfahrung des jeweiligen Arztes ab. Es gibt aber Situationen, wo sich selbst Experten mit vielen Dienstjahren nicht sicher sind. Nimmt man also fälschlich an, das psychotische Zustandsbild habe sich verschlechtert, dann wäre die konsequente Reaktion eine Anhebung der neuroleptischen Dosis. Da es sich aber in Wirklichkeit um verkappte Nebenwirkungen handelt, würden diese dadurch noch verstärkt. Das Ergebnis wäre ein Teufelskreis. Glücklicherweise kommt so etwas selten vor, und wenn, so wird es nach den ersten Mißerfolgen entsprechend korrigiert. Auf jeden Fall wird dadurch deutlich, mit welchen Fußangeln sich der Arzt in Diagnose und Therapie konfrontiert sieht.

6. Wenn der Patient aufgrund mehrerer Krankheiten verschiedene Medikamente erhält, können diese ihre Wirkung gegenseitig abschwächen oder einige unerwünschte Begleiterscheinungen verstärken. Dies ist die bereits erwähnte *Arzneimittel-Wechselwirkung*. Sollte also der Therapieerfolg ausbleiben, muß man sich fragen: Bekommt der Patient noch Medikamente, die den Behandlungseffekt der verordneten Neuroleptika schwächen oder gar aufheben? Dies wird der Arzt anhand seiner Vergleichstabellen prüfen.

7. Und schließlich ist der bereits angedeutete psychologische Faktor "*zwischenmenschliche Belastungen*" zu prüfen. Auch er kann auf Dauer einen Therapieerfolg zunichte machen. Ein häufiges Beispiel sind sogenannte überprotektive (überfürsorgliche) Angehörige, die sich zu intensiv, also förmlich behindernd schon bei dem noch jungen Schizophrenen engagieren.

Man nennt dies mit einem englischen Fachbegriff "high expressed emotion". Solche "überreagierenden" Verwandten, insbesondere die Mutter, sind für den schizophrenen Patienten eine große Belastung - sei es in der früheren Entwicklung, sei es später nach Entlassung aus dem "Schonklima" des Krankenhauses. Diese Angehörigen müssen deshalb vom Hausarzt, Nervenarzt oder den Mitarbeitern sozialpsychiatrischer Dienste gezielt aufgeklärt werden, teils im Einzelgespräch, teils in Gruppen- bzw. Familientherapie.

Allerdings sollte man auch vermeiden, die ohnehin schwer belasteten Angehörigen und hier wieder zumeist die Mutter, unbegründet schuldig werden zu lassen. Tatsächlich gab es einmal eine Zeit, wo man diese Überlegung derart unkontrolliert ausreizte, dass am Schluss die Mutter auch noch „der Prügelknabe für alles und jedes“ wurde, was in Wirklichkeit auf viele Ursachen zurückging, die man nur nicht erkennen konnte – oder wollte.

Psychologische Einflüsse sollten aber auf jeden Fall nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Zwar wirken sie auf den ersten Blick - gemessen an einer offensichtlich biologisch fundierten Krankheit - nur sekundär, doch kommt hier eines zum anderen. Und manchmal sind es auch scheinbare Banalitäten, die die Krankheit über ihre Schwelle heben und damit zum Ausbruch bringen - oder vielleicht gar chronisch werden lassen.

### **Therapeutische Möglichkeiten**

Und was kann man bei *Therapieresistenz konkret tun*? Die Schlußfolgerungen leiten sich aus obigen Überlegungen ab. Das meiste ist Aufgabe des Arztes, doch wird er so manches mit Patient und Angehörigen zuvor besprechen wollen. Deshalb noch einmal in Stichworten zusammengefaßt, was einen negativen Behandlungsverlauf doch noch zum Guten zu wenden vermag.

Die Dosis erhöhen. - Von Tabletten, Tropfen usw. auf intramuskuläre (Depot-) Injektionen übergehen (um einen möglicherweise zu starken Abbau der Wirksubstanz in bestimmten Organen zu verhindern, bis sie über Blutbahn und Nervenwasser die entsprechenden Gehirnzellen erreichen kann). - Auf ein anderes Präparat mit anderem Wirkstoff oder noch besser aus einer anderen Stoffklasse umsteigen, z.B. die neuen atypischen Neuroleptika nutzen. - Mögliche Arzneimittel-Wechselwirkungen abklären. - Ferner auch einmal weitere Behandlungsverfahren diskutieren, auch wenn sie gelegentlich in den Medien bekämpft werden, in bestimmten Kreisen umstritten und sogar bei der Ärzteschaft ungeliebt sind. Beispiel: "Elektrokrampftherapie". Immerhin zählt die "Durchflutungsbehandlung" in vielen Ländern der westlichen und östlichen Welt zur unverzichtbaren Behandlungsmethode, wenn andere Therapieverfahren nicht mehr greifen - offensichtlich nicht ohne Grund. - Im weiteren sich vermehrt um belastende psychosoziale Faktoren bemühen: Partnerschaft, Familie, Nachbarn, Arbeitsplatz u. a. Dabei behutsame Aufklärung der Angehörigen (s. o.).

Manchmal sieht man noch unerwartete Erfolge, wenn man das anfänglich verordnete, scheinbar erfolglose Neuroleptikum weitergibt und längere Zeit abwartet. Die Ärzte nennen dies "den Faktor Zeit greifen lassen". Tatsächlich hat sich nicht nur eine allgemeine Ungeduld breit gemacht, die den Sofort-Erfolg zum therapeutischen Standardergebnis hochstilisiert, es wird auch häufig vorzeitig abgebrochen, weil man das gesunde Empfinden gegenüber natürlichen Abläufen zu verlieren droht, die manchmal einfach ihre Zeit brauchen ("die Natur macht keine Sprünge"). Hier ginge es also weniger darum, die Dosis zu erhöhen und sonstige Maßnahmen zu erzwingen, sondern Patient und Angehörige aufzuklären und im Interesse einer stabilen und nicht überfordernden Genesung

erst einmal um Geduld zu bitten („Geduld – die größte Mangelware in unserer Zeit“).

### **Günstige Vorhersage-Kriterien**

Und zuletzt - gerade in diesem Zusammenhang – sei noch auf einige prognostisch *günstige Vorhersage-Kriterien* hingewiesen. Es sind nicht viele, von denen man bisher zu meinen glaubt, daß sie eine gewisse Aussagekraft haben. Einige sind schicksalhaft, andere lassen mehr Einflußmöglichkeiten zu. Mehr als ein vager Hinweiswert ist ihnen wohl nicht gegeben, doch ist die Kenntnis darüber auch nicht ohne Wert.

Einen *günstigeren Verlauf*, vor allem unter einer konsequenten Neuroleptika-Therapie, signalisieren folgende Faktoren: eher akuter Krankheitsbeginn, insbesondere bestimmte Symptome wie Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Wahnwahrnehmungen usw., was die Psychiater als "produktive Symptomatik" bezeichnen; ferner starke Ausprägung depressiver oder manischer Verstimmungszustände; langer gesunder Zeitraum zwischen den einzelnen Krankheitschüben; gute Rückbildung früherer Erkrankungsepisoden; seelische oder psychosoziale Auslösung des Krankheitsschubes; später Krankheitsbeginn; familiäre Belastung (z. B. mit Gemütskrankheiten); unkomplizierte Persönlichkeitsstruktur mit (früher) guter Kontaktfähigkeit; stabile Partnerbeziehung; gute soziale und berufliche Eingliederung usw.

Daneben gelten folgende *therapeutische Faktoren* im weitesten Sinne als erfolgsversprechend: 1. anhaltendes Interesse der Familie bei häuslicher Pflege oder des medizinischen Pflegepersonals bei stationär aufgenommenen Patienten im Falle längerfristiger Erkrankung; 2. eine durchgehende Behandlung während des gesamten Leidens 3. psychiatrische Pflege und Therapie auch während der gesunden Zwischenzeiten, in denen man sonst meint, auf solche Maßnahmen verzichten zu können, was sich aber als Irrtum herausgestellt hat.

*Ungünstiger* wirken sich dagegen folgende Faktoren aus: schleichender Krankheitsbeginn; häufige Krankheitsschübe; ausgeprägte Störungen des Denkens; Inaktivität, Neigung zu Autismus (innerseelischer Rückzug) sowie Störungen des Willens, des Handelns usw.; ggf. Persönlichkeitsstörung zur schizophrenen Psychose hinzu; eher niedere Gesellschaftsschicht; nicht verheiratet; familiär und sozial schlecht angepaßt; erblich belastet mit Schizophrenie usw.



## SPEZIELLE BEHANDLUNGSASPEKTE

Zum Abschluss soll noch auf zwei besonders wichtige Behandlungsaspekte hingewiesen werden. Das sind zum einen die schon mehrfach erwähnten *atypischen Neuroleptika*, also die neue Neuroleptika-Generation, die sich durch eine Reihe von Vorteilen auszeichnet, wenngleich (derzeit noch) durch einen erheblichen Preis belastet. Und es ist das Phänomen der *niedrig dosierten hochpotenten Neuroleptika als Beruhigungsmittel* oder kurz: die sogenannte „Wochenspritze“, die sich von schon seit Jahrzehnten für eine Reihe von psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden bewährt, allerdings nicht „endlos“ genutzt werden kann. Im einzelnen:

## ATYPISCHE NEUROLEPTIKA

Anfang der 50-er Jahre wurde das erste Neuroleptikum entwickelt. Das war ein Meilenstein der Schizophrenie-Behandlung. Dies gilt vor allem für die Akuttherapie, also jene in der Regel schwere Zeit, in der die schizophrene Psychose mit einer Reihe von besondere irritierenen Symptomen belasten und ihre Umgebung sogar erschrecken kann: Sinnestäuschungen, Wahn, Erregungszustände, ggf. aggressive Durchbrüche u.a. Hier haben die typischen oder klassischen Neuroleptika durch ihre rasche und effektive Wirksamkeit viel dazu beigetragen, den Patienten nicht nur von innerseelischen Belastungen, sondern auch von psychosozialen Konsequenzen zu verschonen.

Leider haben sie eine Reihe von Nebenwirkungen, über die ausführlich berichtet wurde. Die Folge sind eine nur geringe Therapietreue im Allgemeinen (Fachausdruck: Compliance) und Einnahmезuverlässigkeit der entsprechenden Medikamente im Speziellen. Die Mehrheit der schizophren Erkrankten setzt ihre Neuroleptika innerhalb von Monaten ab. Der Rückfall ist programmiert, desgleichen allzuoft die Konsequenzen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft und Beruf. Die anfangs günstige Prognose (Heilungsaussichten) verschlechtert sich wieder.

Ein weiteres Problem ist die leider nur beschränkte Wirksamkeit der „typischen“ oder „klassischen“ Neuroleptika auf die sog. Minus- oder Negativ-Symptomatik, über die ebenfalls ausführlich berichtet wurde. Dieses Beschwerdebild kann sogar durch die affektiven (das Gemüt betreffenden) Nebenwirkungen der „typischen“ oder „klassischen“ Neuroleptika noch verstärkt werden. Die Fachbegriffe sprechen für sich: „pharmakogene Anhedonie“ = medikamentenbedingte Lustlosigkeit und Gleichgültigkeit; „akinetische Depression“ =

bewegungs-gehemmte Depression; „neuroleptisch-induziertes Defizit-Syndrom“ = seelisch-körperliche Einbußen durch Neuroleptika usw.

Dies alles führte zu der Erkenntnis: Die Akutbehandlung schizophrener Psychosen hat in den letzten vier Jahrzehnten große Fortschritte gemacht. Die Langzeitbehandlung hingegen war von den mittel- bis langfristigen Heilungsaussichten her leider weitaus weniger erfolgreich.

Aus diesem Grunde hat man sich schon sehr früh mit der Erforschung neuer Neuroleptika-Substanzen beschäftigt, die die Vorteile der traditionellen Neuroleptika bewahren, ihre Nachteile aber möglichst mindern sollten. Tatsächlich hatte man damit bereits Ende der 50-er Jahre Erfolg, auch wenn man erst viele Jahre später das erste Präparat dieser Art (Clozapin) in die Therapie einführte, um es einige Jahre später wieder wegen Agranulozytose (siehe das Kapitel Störungen des blutbildenden Systems) zurückziehen zu müssen, um es später unter „kontrollierter Anwendung“ wieder zuzulassen.

Danach wurde es eine Zeitlang still um die atypischen Neuroleptika, bis man in den letzten Jahren eine ganze Reihe neuer Produkte entwickelte, die heute die therapeutischen Möglichkeiten wirkungsvoll abrunden.

### **Was sind atypische Neuroleptika?**

Bislang gibt es keine verbindliche Übereinkunft darüber, wann ein Neuroleptikum als „atypisch“ zu bezeichnen ist. Das ursprünglich kennzeichnende Merkmal war das Fehlen von sogenannten extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (EPS), wie sie als frühe und späte Bewegungsstörungen (Früh- und Spätdyskinesien), als medikamentöses Parkinsonoid, als Akathisie usw. beschrieben wurden (siehe die entsprechenden Kapitel). Das musste man allerdings später etwas relativieren, da lediglich das erste atypische Neuroleptikum (Clozapin) keine derartigen Nebenwirkungen auslöst, die anderen hingegen zwar deutlich seltener und weniger lästig, aber eben auch nicht völlig auszuschließen.

Es gibt aber noch zusätzliche Unterscheidungsmerkmale gegenüber den „klassischen“ Neuroleptika, nämlich vor allem eine ausgeprägtere Wirksamkeit

- auf die schizophrene Minus- oder Negativsymptomatik: Gemütsverflachung, Antriebsverminderung, sozialer Rückzug, Mangel an Spontaneität usw.
- auf die kognitiven (geistigen) Funktionen: Aufmerksamkeit, Motivation, Gedächtnis u.a.
- ggf. auf die Stimmung, vor allem Resignation, Niedergeschlagenheit, u.U. vielleicht sogar Selbsttötungsabsichten.

Allerdings gibt es fließende Übergänge zwischen dem Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum der „klassischen“ und neuen bzw. atypischen Neuroleptika.

Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen Eindruck über die Vor- und Nachteile dieser beiden Gruppen.

### **TABELLE 3: VOR- UND NACHTEILE DER KLASSISCHEN UND ATYPISCHEN NEUROLEPTIKA**

#### **• Vor- und Nachteile der typischen (klassischen) Neuroleptika**

- **Vorteile gegenüber den atypischen Neuroleptika:** einige liegen als Depot-Medikation zur Verfügung, was als Injektion alle ein bis vier Wochen die Therapietreue und damit die Heilungsaussichten verbessert. Von den atypischen Neuroleptika gibt es derzeit noch keine Depot-Präparate für eine mehrtägig bzw. mehrwöchentlich wirksame Injektion.

- **Nachteile gegenüber den atypischen Neuroleptika:** mehr Nebenwirkungen (Früh- und Spätdyskinesien, Akathisien, neuroleptisches Parkinson-Syndrom und damit eingeschränkte subjektive Befindlichkeit, geringere Einnahmezuvverlässigkeit, schlechtere Lebensqualität und negativere psychosoziale Konsequenzen, z.B. Stigmatisierung oder gar Diskriminierung). – Mehr sexuelle Störungen. – Gefahr von Spätdyskinesien mit Langzeitbeeinträchtigung. – Auslösung oder Verschlechterung von geistigen Einbußen und depressiven Zuständen. – Geringere Wirksamkeit auf krankheitsbedingte geistige Einbußen und depressive Zustände. – Insgesamt möglicherweise häufigere und ausgeprägtere Wirksamkeitseinbußen und damit ggf. eher Gefahr einer sogenannten Therapie-Resistenz (das schizophrene Beschwerdebild spricht nicht ausreichend oder überhaupt nicht auf das Neuroleptikum an). – Damit u.U. eine auch insgesamt schlechtere psychosoziale Integration.

#### **• Vor- und Nachteile der atypischen Neuroleptika**

- **Vorteile der atypischen Neuroleptika:** breiteres therapeutisches Spektrum, d.h. wirkungsvoller gegen die Negativ- oder Minussymptomatik, bessere antidepressive und angstlösende Wirkung, Verbesserung der geistigen Funktionen, bessere subjektive Befindlichkeit usw. – Geringere Nebenwirkungsrate, z.B. weniger Bewegungsstörungen (s.o.), weniger sexuelle Funktionsstörungen (durch niedrige bzw. keine Prolaktinerhöhung), weniger

gemütsmäßige negative Beeinflussung, geringeres Langzeitrisiko für Bewegungsstörungen (Spätdyskinesien). – Bessere Einnahmезuverlässigkeit bzw. Therapietreue und damit wirkungsvollere psychosoziale Stabilisierung und Integration, höhere Lebensqualität, geringere Rückfall- und damit stationäre Wiederaufnahmegefahr. Dadurch ggf. sogar niedrigere Gesamt-Behandlungskosten.

**Nachteil der atypischen Neuroleptika:** ausgeprägtere Gewichtszunahme bei einzelnen Substanzen. – Derzeit noch nicht als Depot-Präparat zur intramuskulären Injektion für ein bis vier Wochen Dauer verfügbar.

nach Naber, Lambert u. Krausz, 1999

### Was gibt es derzeit für atypische Neuroleptika?

Derzeit sind mehr als ein halbes Dutzend atypische Neuroleptika verfügbar oder kommen in naher Zukunft auf den Markt. Das Erste und Älteste ist Clozapin, gefolgt von Zotepin, Risperidon, Olanzapin, Sertindol, Amisulprid und demnächst Quetiapin und Ziprasidon. Einzelheiten zu den jeweiligen Handelsnamen siehe die spezielle Literatur.

Über das Pro und Contra siehe die Tabelle. Unbestritten ist die bessere Therapietreue durch weniger lästige bis quälende Nebenwirkungen, wie bei älteren Generation der Neuroleptika, die nicht selten zum vorzeitigen Abbruch der rückfallverhütenden Langzeitbehandlung geführt haben. Als zumindest in Einzelfällen hilfreich empfunden werden auch die besseren Wirkeffekte auf die mehrfach erwähnte schizophrene Negativ- oder Minus-Symptomatik und ggf. geistige Einbußen und Stimmungstiefs.

Das führt dazu, dass diese Substanzen in den USA und in Skandinavien bereits zu den Marktführern gehören, während sie im deutschsprachigen Bereich bisher nicht einmal auf 10 % aller Neuroleptika kommen. Dies hat verschiedene, wissenschaftlich kontrovers diskutierte Ursachen, vor allem aber einen Grund: nämlich die höheren Kosten. Diese sind gerade in der augenblicklich herrschenden kritischen Situation das größte Hindernis.

Gesamthaft gesehen können die atypischen Neuroleptika allerdings die Kosten sogar reduzieren helfen. Denn wenn ein Patient wegen unangenehmer Nebenwirkungen seine neuroleptische Langzeit-Behandlung abbricht, verschlechtert er seine Heilungsaussichten und riskiert einen Rückfall, der viel teurer kommt: Erneute Medikation, Arbeitsunfähigkeit, von einem stationären Aufenthalt in einer Fachklinik ganz zu schweigen, wo schon jeder Tag mehr kostet als die Monatsdosis selbst teurer Arzneimittel. Leider werden in Deutschland die ambulanten und stationären Kosten weitgehend getrennt

voneinander berechnet, interpretiert und dann argumentativ ins Feld geführt. Man sollte sich deshalb überlegen, ob nicht ausgerechnet der Kostenfaktor bei den atypischen Neuroleptika zu einer finanziellen Erleichterung beitragen könnte.

Was einen echten Mangel darstellt, ist das bisherige Fehlen von Depot-Präparaten, die – einmal injiziert – ein bis vier Wochen wirken, je nach Substanz. Wenn dies bei den atypischen Neuroleptika eines Tages möglich sein wird, wird sich dadurch die Therapietreue noch mehr verbessern lassen.

Nachfolgend nun eine Kurzfassung der wichtigsten atypischen Neuroleptika in Stichworten:

### **Clozapin**

Erstes atypisches Neuroleptikum, bereits 1958 synthetisiert, in den 60-er Jahren klinisch erprobt, 1972 zugelassen für akute und chronische Formen schizophrener Psychosen, manische Psychosen, schwere seelisch-körperliche Erregungszustände und psychotische Aggressivität. Zwei Jahre später wegen Agranulozytose (s. Störungen des blutbildenden Systems) in vielen Ländern wieder vom Markt genommen. Später wieder eingeführt, allerdings nur noch für die Behandlung von akuten und chronischen Formen schizophrener Psychosen und unter folgenden Voraussetzungen: Normales Blutbild (vor allem weiße Blutkörperchen), regelmäßige Blutbildkontrollen während der Behandlung (während der ersten 18 Behandlungswochen wöchentlich, danach mindestens einmal im Monat), und nur dann, wenn andere Neuroleptika nicht möglich oder wirksam sind. Detaillierte Aufklärung des Patienten, seiner Angehörigen und Betreuer. Einverständnis des behandelnden Arztes (Unterschrift bei der Herstellerfirma).

*Vorteile:* Wegen seiner guten Vertraglichkeit, insbesondere keinerlei Bewegungsstörungen (siehe Frühdyskinesien, Spätdyskinesien, neuroleptisches Parkinsonoid u.a.), höhere Einnahmeverlässlichkeit (Compliance), bessere Langzeitwirkung und damit Lebensqualität.

Die wichtigsten *Nebenwirkungen*, die noch übrig bleiben, sind Veränderungen im Elektroenzephalogramm (EEG) mit der Möglichkeit von Krampfanfällen, verstärkte Müdigkeit, Herzrasen, vermehrter Speichelfluss und Gewichtszunahme. Die meisten Blutbildveränderungen treten in den ersten vier Monaten auf. Die Gesamtzahl ist gering (auch bei den anderen Neuroleptika sowie Antidepressiva sind Blutbildveränderungen nicht auszuschließen), Vorsicht und Kontrolle jedoch angebracht, insbesondere in den ersten Monaten.

*Schlussfolgerung:* Erstes und wohl noch immer wichtigstes atypisches Neuroleptikum, trotz der erwähnten Einschränkung.

## **Zotepin**

1982 erstmals in Japan, 1990 auch in Deutschland zur Akut- und Langzeitbehandlung schizophrener und schizoaffektiver Psychosen eingesetzt. Möglich auch bei manischen Episoden im Rahmen manisch-depressiver Erkrankungen, bei mittel- bis schwergradigen Depressionen mit psychotischen Symptomen (z.B. depressions-typische Wahnzustände) und bei Borderline-Störungen.

Wirksam vor allem bei vorherrschender Minus- oder Negativsymptomatik sowie therapieresistenten Patienten, bei denen andere Neuroleptika/Antidepressiva nicht erfolgreich waren. Gute Verträglichkeit, insbesondere weniger Bewegungsstörungen (s. diese). Verbesserungen der geistigen Leistungsfähigkeit, wahrscheinlich auch leichte antidepressive Wirkung.

*Nebenwirkungen:* vor allem Gewichtszunahme, Verstopfung, Mundtrockenheit, Müdigkeit, jedoch weniger Bewegungsstörungen als bei den klassischen Neuroleptika.

## **Risperidon**

In Deutschland 1994 zur Behandlung chronischer schizophrener Psychosen eingeführt. Möglich aber auch bei Ersterkrankungen, schizoaffektiven Psychosen (schizophrene und depressive bzw. manische Zustände zugleich) und hirnorganisch beeinträchtigten Patienten mit psychotischen Symptomen. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei Patienten mit Geistesschwäche genutzt. Relativ hoch-potentes Neuroleptikum ohne wesentliche Dämpfung und mit nur gering ausgeprägten vegetativen Nebenwirkungen (z.B. Verstopfung, Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Sehstörungen). Gute Wirkung auf Minus- bzw. Negativsymptome, insbesondere geistige Leistungsfähigkeit und Stabilität der Gemütslage.

Die *Nebenwirkungen* sind vor allem dosisabhängig (inzwischen weiß man, dass man bei Risperidon auch mit einer geringeren Dosis die gleiche Wirkung, aber mit deutlich weniger Nebenwirkungen erzielt). Die Bewegungsstörungen sind nicht so ausgeprägt, wie bei den typischen bzw. klassischen Neuroleptika, allerdings nicht völlig auszuschließen. Dafür Gewichtszunahme sowie – obgleich nicht dämpfend – gelegentlich Mattigkeit/Müdigkeit, Schläfrigkeit, Merk- und Konzentrationsstörungen u.a.

## **Olanzapin**

In Deutschland seit 1996 zur Akut- und Langzeitbehandlung schizophrener und schizoaffektiver (schizophrene und depressiv-manische Symptome) Psychosen. Auch bei manischen Episoden im Rahmen manisch-depressiver Erkrankungen und bei mittel- bis schwergradigen Depressionen mit depressionstypischen psychotischen Krankheitszeichen genutzt.

Wirksam bei der sogenannten Positiv- und Negativsymptomatik, also sowohl bei Patienten mit Wahnzuständen, Sinnestäuschungen u.a., als auch bei Antriebsverlust, Gemütsverflachung, psychosozialem Rückzug u.a.

Im Langzeitverlauf vor allem günstig bei der Negativ-Symptomatik, insbesondere was geistige Leistungsfähigkeit, Stimmung und Aktivität anbelangt.

Bei den *Nebenwirkungen* nur geringe Gefahr von Bewegungsstörungen, selbst bei längerfristiger Behandlung - und damit deutlich bessere Einnahme-zuverlässigkeit und Lebensqualität. Dadurch auch interessant für sogenannte therapieresistente Patienten, bei denen bisher kein anderes Neuroleptikum längerfristig erfolgreich war. Belastend hingegen bestimmte vegetative Begleiterscheinungen wie Müdigkeit oder gar Dämpfung, Verstopfung, Mundtrockenheit, ggf. Speichelfluss, vor allem aber Gewichtszunahme. Derzeit großes Problem: hoher Preis.

## **Sertindol**

Chemisch neuartiges Neuroleptikum, das in Deutschland seit 1997 auf den Markt gebracht, 1998 aber bis zur Klärung ernsterer Nebenwirkungen wieder zurückgezogen wurde.

## **Amisulprid**

In Deutschland seit Anfang 1999 verfügbar (in Frankreich schon mehr als zehn Jahre zuvor). Verwandt mit einem bereits seit vielen Jahren erfolgreichen Psychopharmakon gegen – dosisabhängig – Schwindel, Depressionen und schizophrene Psychosen (Sulpirid). Auch seine Heilanzeigen sind schizophrene Psychosen (in einigen Ländern auch chronische depressive Zustände).

Gute Wirkung auf die Positiv- und Negativ-Symptomatik schizophrener Patienten. Bei Letzteren insbesondere auf depressive Symptome.

Bezüglich *Nebenwirkungen* gut verträglich. Insbesondere keine Bewegungsstörungen von Belang. Dafür Gewichtszunahme sowie – dosisabhängig – endokrine Symptome wie Galaktorrhoe (Milchfluss) und

Amenorrhoe (Ausbleiben der Monatsblutung). Ggf. innere Unruhe, leichte Irritierbarkeit oder gar Getriebenheit und (damit?) auch Schlafstörungen und Angstzustände möglich.

### **Quetiapin**

Im Ausland bereits zugelassen, in Deutschland demnächst (Stand: 1/2000). Heilanzeigen für die Akut- und Langzeitbehandlung schizophrener und schizoaffectiver Psychosen (schizophrene sowie depressiv-manische Symptome zugleich). Wirksam sowohl auf die Positiv- als auch insbesondere Negativ-Symptomatik schizophrener Psychosen.

Bezüglich *Nebenwirkungen* gute Verträglichkeit, vor allem wenig Beeinträchtigung durch Bewegungsstörungen. Auch hier jedoch Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Verstopfung sowie einerseits Schlafstörungen, andererseits Schläfrigkeit möglich.

### **Ziprasidon**

Atypisches Neuroleptikum in klinischer Erprobung, das demnächst in Deutschland auf den Markt kommen soll. Wahrscheinlich auch hier zugelassen für Akut- und Langzeitbehandlung schizophrener und schizoaffectiver Psychosen (schizophrene sowie depressive/manische Symptome zugleich). Und zwar sowohl für die Positiv- als auch Negativ-Symptomatik, vor allem gegen die Symptome Depression und Angst.

Bezüglich *Nebenwirkungen* gilt die für alle atypischen Neuroleptika gute Verträglichkeit, besonders was die Bewegungsstörungen angeht. Auch die Gewichtszunahme scheint in diesem Fall geringer. Das Gleiche gilt für endokrine bzw. sexuelle Funktionsstörungen, Blutdruckabfall, Herzrasen u.a. Ein abschließendes Urteil steht jedoch noch aus und lässt sich – wie bei allen anderen Psychopharmaka auch – letztlich erst durch breite Anwendungsmöglichkeiten sichern.

### **Schlussfolgerung**

Mehr als vier Jahrzehnte nach Entwicklung der ersten Neuroleptika ist die Therapie schizophren erkrankter Menschen in vielen Bereichen immer besser geworden, mit einer Ausnahme: dem Langzeiterfolg. Dies geht nicht zuletzt auf die mangelnde Einnahmезuverlässigkeit bzw. Therapietreue der Patienten zurück. Und die wiederum wird vor allem durch die Nebenwirkungen gesteuert, die es zu ertragen gilt.

Auch hielt sich der Behandlungserfolg der typischen bzw. klassischen Neuroleptika bei der sog. schizophrenen Minus-Symptomatik in Grenzen, also



bei den Gemüts- und Antriebsstörungen, die nur mäßig gebessert werden konnten. Da man aber wenigstens die auffälligsten psychotischen Symptome wie Sinnestäuschungen, Wahn, Aggressivität u.a. in den Griff bekam, war man relativ zufrieden. Jetzt aber ermöglicht eine neue Generation von Neuroleptika auch weit anspruchsvollere Therapieziele anzugehen. Das ist die subjektive Befindlichkeit, die sich nicht nur aus erträglicheren Nebenwirkungen, sondern auch verbesserter geistiger, seelischer und körperlicher Aktivität und damit Lebensqualität zusammensetzt. Dies wiederum kommt den psychosozialen und rehabilitativen Heilungsaussichten zugute – und alles zusammen baut die Stigmatisierung dieser Krankheit spürbar ab.

So gesehen sind die atypischen Neuroleptika ein Fortschritt, mit dem sich große Hoffnungen auf allen Ebenen verbinden. Wenn sie jetzt noch als Depot-Neuroleptika und alles zusammen in vertretbarer Preislage zur Verfügung stehen, kann man tatsächlich von einem neuen Meilenstein der Psychopharmakaforschung sprechen.

### **NIEDRIG DOSIERTE HOCHPOTENTE NEUROLEPTIKA ALS BERUHIGUNGSMITTEL**

Immer mehr Menschen klagen über innere Unruhe, Nervosität, Merk- und Konzentrationsstörungen, sind ängstlich und verstimmt und leiden unter zahlreichen körperlichen Beschwerden, die offensichtlich seelischer Natur sind: Verspannungen, Kopfdruck, Rückenschmerzen, Atemstörungen, Beeinträchtigungen von Magen-Darm, Herz-Kreislauf u. a. m. Das mag zugenommen haben, doch neu ist es nicht, wie uns die Generationen zuvor bestätigen könnten. Neu ist jedoch eines: Man macht solche Befindensschwankungen oder leichteren bis mittelschweren seelischen Beeinträchtigungen immer seltener mit sich selber ab oder versucht sie aus eigener Initiative heraus zu bewältigen. Heute wendet man sich öfter als früher an seinen Arzt.

Das ist an sich nicht falsch, es könnte ja auch etwas ernsteres dahinterstecken. Doch dann fängt das Problem erst an. Denn wenn man schon einmal beim Arzt ist, will man - auch wenn sich kein organischer Befund erheben läßt -, doch nicht ohne konkrete Abhilfe die Praxis wieder verlassen. Vor allem will man nicht nur mit einem "guten Ratschlag weggeschickt werden", selbst wenn gerade dieser Ratschlag, und nicht das Rezept, die wohl bessere Lösung wäre.

Die Ärzte wissen das und versuchen - jeder auf seine Weise - erst einmal die Selbstheilungskräfte zu mobilisieren: Genußmittel einschränken, Gewicht regulieren, Streß abbauen, körperliche Aktivität verstärken, Entspannungsverfahren lernen, die entlastende Aussprache unter

Vertrauenspersonen üben usw. Doch das kostet Mühe und hilft erfahrungsgemäß nicht sofort. Und beides erzwingt dann die Bitte, neben diesen guten Ratschlägen, für die man sich bedanke und die man sich gerne durch den Kopf gehen lasse, doch noch eine medikamentöse Hilfe zu verordnen - selbstverständlich nur für den Fall, daß es nicht anders auszuhalten sei und natürlich zeitlich begrenzt ...

Also bleibt dem Arzt nichts anderes übrig, als - mehr oder weniger frustriert oder resigniert - ein Rezept auszuschreiben. Aber was? Dafür gab es früher die sogenannten Sedativa (lateinisch: sedare = beruhigen, dämpfen), meist Barbiturate, Bromide u. ä. Doch die hatten - selbst in niedriger Dosis - nicht unerhebliche Nebenwirkungen. Die Entdeckung der Benzodiazepine in den 60er Jahren aber schien endlich von solchen Bedenken zu entheben. Nach und nach standen Dutzende von Beruhigungsmitteln zur Verfügung (s. das entsprechende Kapitel), die gerade für Angst- und Unruhezustände sowie psychosomatisch interpretierbare Beschwerden wie geschaffen schienen. Und so ließ ein geradezu unvergleichlicher Siegeszug nicht lange auf sich warten. Zwar erkannte man rasch, daß auch diese scheinbar problemlosen Substanzen ihren Preis haben (z. B. Suchtgefahr, gemütsmäßige Gleichgültigkeit). Doch der unbestreitbare Therapieerfolg brachte auch einen erheblichen Druck auf die Ärzteschaft mit sich - und so gingen die warnenden Stimmen unter.

Gleichwohl versuchte man schon früh andere Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln. Doch gab es neben den Beruhigungsmitteln vom Benzodiazepin-Typ eigentlich nur noch die Antidepressiva gegen Depressionen sowie die hochpotenten Neuroleptika gegen Psychosen (z. B. Schizophrenie, Manie).

### **Niederpotente Neuroleptika gegen Befindlichkeitsstörungen**

Übrig blieben deshalb die *niederpotenten Neuroleptika*. Eigentlich waren auch sie gegen Geisteskrankheiten geplant, vor allem bei stärkerer Unruhe bis hin zu Erregungszuständen. Dennoch versuchte man sie in niedriger Dosierung gegen die oben erwähnten Befindensstörungen und leichteren krankhaften Zustände zu nutzen und stellte sie deshalb in entsprechend niedrig dosierten Einheiten vor. Tatsächlich wirkten diese Präparate ausreichend beruhigend, befriedigend angstlösend, teilweise sogar etwas stimmungsstabilisierend und bei entsprechender Dosis zusätzlich schlaffördernd. Auch machen Neuroleptika bekanntermaßen nicht abhängig, womit eines der größten Problem gelöst war.

Doch wenn man die Patienten fragte, was sie bevorzugten: Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine oder niederpotente Neuroleptika, dann pflegte die Entscheidung meist zu Gunsten der Tranquilizer auszufallen. Die Angst- und Spannungslösung der Beruhigungsmittel sei besser. Was so gut wie nie zur Sprache kommt, vielleicht gar nicht richtig realisiert, wenngleich doch

angenehm empfunden wird, ist ein zumindest leicht euphorisierender Effekt, d.h. eine Art inhaltsloses Wohlgefühl, was eigentlich nur durch die Benzodiazepin-Tranquilizer zu erreichen ist. So oder so, die niederpotenten Neuroleptika blieben im Urteil der Patienten eher "2. Wahl".

### **Hochpotente Neuroleptika gegen Befindlichkeitsstörungen?**

Nun möchte man glauben, daß *hochpotente Neuroleptika*, die ansonsten gegen Psychosen, also Geisteskrankheiten, eingesetzt werden, für die leichteste Form der Beeinträchtigung, also Befindensschwankungen oder Befindlichkeitsstörungen (früher auch häufig als vegetative Labilität oder Dystonie, heute als Somatisierungsstörung bezeichnet), noch weniger in Frage kommen. Doch das Gegenteil ist der Fall, wenn nur die Dosis auf ein verträgliches Mindestmaß gesenkt wird. So haben gerade diese Medikamente, deren Nebenwirkungen bei höherer Dosierung aller Orten beklagt werden, in niedriger Dosierung einen „lautlosen Siegeszug angetreten“. Als Depot-Injektion in ein- bis zweiwöchigen Abständen werden sie vor allem in den Praxen von Allgemeinärzten, Internisten usw. verordnet. Und zwar für folgende Beschwerden:

*Psychoreaktive Störungen:* innerlich unruhig, gespannt, "nervös", ängstlich, mutlos, niedergedrückt, resigniert usw.; ferner bei sogenannten *vegetativen, funktionellen* sowie *psychosomatisch* interpretierbaren Krankheitszeichen von Magen-Darm-Trakt, Herz-Kreislauf, Atmung, Muskulatur und Gelenken, Wirbelsäule u. a. Nicht zu vergessen *neurotische und Persönlichkeitsstörungen* verschiedener Art und unterschiedlichster Ursachen.

Natürlich sind bei diesen rein seelisch bedingten Störungen psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen indiziert und nur in Ausnahme- oder Krisensituationen zusätzlich auch Medikamente. Doch die Realität sieht anders aus. So rückt die pharmakologische Hilfe in den Vordergrund --und meist bleibt es dann dabei.

### **Dosierung und Darreichungsform**

Entscheidend für den Einsatz dieser hochpotenten Neuroleptika als Beruhigungsmittel ist die bereits erwähnte niedrige Dosierung. Sie wird so gering gewählt, daß sie ihren therapeutischen Zweck erfüllt, aber kaum Nebenwirkungen erkennen läßt - zumindest in der ersten Zeit. In Einzelfällen werden diese Substanzen auch in Tropfen- oder gelegentlich auch Saftform verordnet, weil man sie dann variabel niedrig dosieren kann. In diesem Fall stehen dann noch mehr Präparate zur Verfügung.

In der Regel aber spritzt man sie als - speziell für diese Indikation angebotene - Depot-Präparate für 1 bis 2 Wochen Wirkdauer in den Muskel (Stichwort:

„Wochenspritze“). Dabei irritiert den Fachmann eine doch erstaunliche Entwicklung:

1. Für die meisten psychisch Kranken gilt eine Spritze als "massivster" Eingriff ("niederspritzen") mit allen Folgen für das Selbstwertgefühl des Betroffenen. Bei Patienten mit Befindensschwankungen in der Praxis des Hausarztes scheint eine solche Spritze dagegen als seelisch-körperlicher Stabilisierungsfaktor, als eine Art "pharmakologisches Psycho-Korsett" befürwortet zu werden.

2. Eigentlich empfiehlt man eine Depot-Spritze vor allem dann, wenn der seelisch Kranke eine mangelhafte Einnahmeverlässlichkeit zeigt und damit den erhofften Langzeiterfolg in Frage stellt, weil er seine Tabletten immer wieder "vergißt". Bei den Patienten mit Befindensschwankungen ist dies hingegen nicht zu befürchten. Sie kommen sogar von selber in die Praxis und wollen etwas gegen ihre psychoreaktiven und psychosomatisch interpretierbaren Beeinträchtigungen - selbst in Spitzenform.

Daraus kann man ersehen, wie austauschbar Abneigung/Vorwürfe/Widerstand bzw. Sympathie/Lob/Behandlungswunsch sind - je nach Blickwinkel.

Natürlich bleiben die Vor- und Nachteile der verschiedenen Darreichungsformen erhalten: Der Nachteil einer Spritze ist die Unkorrigierbarkeit der Dosis, wenn sie erst einmal injiziert ist. Der Vorteil von Tropfen und Saft ist die leichtere Anpaßungsmöglichkeit nach Bedarf. Andererseits hat die Depot-Spritze auch den Vorteil, ggf. mit weniger Substanz auszukommen, weil die sogenannte "Verstoffwechslung" durch die Leber entfällt, die manchmal den Wirkeffekt mindert - von den psychologischen Faktoren einer - freiwilligen - Wocheninjektion ganz zu schweigen.

### **Dauer der Behandlung als Problempunkt**

Einer der wichtigsten Faktoren einer Niedrigdosis-Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika als „Wochenspritze“, die mögliche Bedenken nährt, ist die Therapiedauer. Schließlich gilt nicht nur der bekannte Satz: "so niedrig wie möglich, so hoch wie nötig", sondern auch: "so kurz wie möglich, so lang wie nötig". Und da beginnt das Problem.

Viele Ärzte verordnen eine Depot-Spritze "fürs erste", um den Leidensdruck zu mildern und den Weg freizumachen für die oben besprochenen Eigeninitiativen. Leider wird dies nicht immer so gesehen. Der "chemische Weg" scheint ungleich leichter, droht es zu bleiben. Nun ist dies aber nicht nur eine Frage des mangelnden persönlichen Einsatzes, sondern auch der Nebenwirkungen.

Zweifellos müssen die meisten Patienten erfreulicherweise keine unerwünschten Begleiterscheinungen angesichts dieser niedrigen Dosierung akzeptieren. Das heißt aber nicht, daß es sie nicht gibt. Dazu gehören beispielsweise so dezente Vorboten wie kloßige Zunge, Pelzigkeits- oder Spannungsgefühl an Lippen und Wangen, Druck auf den Augen, veränderte Wahrnehmung der eigenen Stimme bis hin zu leichten Sprachstörungen ("schleifende Aussprache), gelegentlich sogar Zahn-, Rücken- und Muskelschmerzen.

Auch spät auftretende Bewegungsstörungen und gelegentlich sogar die Verstärkung vorbestehender seelischer Symptome einschließlich einer jetzt chemisch verstärkten depressiven Verstimmung sind nicht völlig auszuschließen. Solche Spätdyskinesien treffen zwar bei weitem nicht jeden und sind vor allem dosis- und zeitabhängig, wurden aber auch schon bei diesen niedrig dosierten Depot-Injektionen festgestellt. Sicherlich handelt es sich dabei meist um überlange Therapiezeiten, doch spielen die individuelle Empfindlichkeit und andere Faktoren auch hier eine nicht zu unterschätzende Rolle. Mit anderen Worten: Völlig sicher darf sich niemand wähen.

Nun kann man vielleicht der Ansicht sein: Nebenwirkungen sind der bekannte Preis für den erwünschten Behandlungserfolg. Doch kommt es sehr auf die Art dieser Begleiterscheinungen und vor allem ihre näheren Umstände an. Vorübergehende Nebenwirkungen können tolerabel sein, doch späte Bewegungsstörungen pflegen sich nicht so schnell eindämmen zu lassen. Vegetative Begleiterscheinungen wie Blutdruckabfall usw. sind beeinträchtigend, aber nicht weiter diskriminierend. Bewegungsstörungen hingegen können durchaus unangenehme psychosoziale Folgen haben, vor allem wenn sie nur die Umgebung und nicht der Betroffene selber realisiert. Und was das Wichtigste ist: Wenn man keine andere Wahl hat, wie beispielsweise bei schwer schizophran Erkrankten über lange Zeit, dann muß man ggf. bestimmte Nebenwirkungen eher hinnehmen, als wenn es sich um Befindensschwankungen handelt, bei denen eine solche Folge ein unverhältnismäßig hoher Preis ist.

- Deshalb werden in Ärztekreisen folgende Empfehlungen diskutiert: Hochpotente Neuroleptika in niedrigster Dosierung als Depotform oder als Tropfen, Saft usw. können bei psychoreaktiven, psychosomatischen, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden, wenn auf Dauer mit einer Eigeninitiative des Patienten zu rechnen ist: Entspannungsverfahren, Zurückhaltung bei den Genußgiften, psychosoziale Korrekturen usw.

- Als Beitrag zu einer Krisenintervention, wie die mehrschichtigen Sofortmaßnahmen mit psychologischem Schwerpunkt in Lebenskrisen genannt werden, haben sie sich sogar erfolgreich bewährt.

- Doch sollte man auf die Dauer der Einnahme ein wachsames Auge haben: Wer eine solche "Wochenspritze" länger als 2 bis 3 Monate, d. h. 8 bis 12 Mal erhält, muß mit seinem behandelnden Arzt unbedingt den weiteren Ablauf klären. Das stillschweigende Einverständnis, das in Einzelfällen zu einer viele Monate oder gar mehrere Jahre währenden Therapie führen kann, ist keine gute Lösung. Hier gilt der Leitsatz: „je kürzer, desto besser“, wenn es sich nur irgendwie machen läßt.

### **Was tun, wenn man nicht mehr herauskommt?**

Was aber tun, wenn der Patient offensichtlich nicht mehr aus dieser Behandlungsform herausfindet, wenn die Unterbrechung dieser Depot-Injektionen zu einer deutlichen Verschlechterung des Beschwerdebildes führt? Dann pflegt der Arzt die Depot-Spritzen wieder aufzunehmen, meist aber mit verlängerten Intervallen (Spritzen-Termine strecken) sowie sogenannten Auslaßversuchen, d. h. keine Injektionen mehr in stabileren Zeiten. Aber auch ein solcher Kompromiß sollte nicht länger als ein halbes Jahr dauern.

Wenn auch das nicht geht - und in einem solchen Fall dürfte längst ein Nervenarzt hinzugezogen sein -, kann man sich zwar in Einzelfällen über diesen Zeitraum hinaus wagen, doch muß man jetzt sorgfältig auf erste Zeichen drohender Bewegungsstörungen achten. Und vor allem muß der Patient darüber aufgeklärt und mit diesem Risiko einverstanden sein, was der Arzt in seiner Ambulanzkarte auch dokumentiert.

Erste Hinweise möglicher Spätdyskinesien sind beispielsweise eine Unruhe der Zunge beim Herausstrecken, das Zucken von Klein- oder Zeigefinger usw. (weitere Einzelheiten s. das entsprechende Kapitel).

Gelegentlich kann man auch versuchen, die monatelang gegebenen Neuroleptika gegen Antidepressiva auszutauschen. Überhaupt pflegen Antidepressiva in niedriger Dosierung manchmal einen vergleichbaren Erfolg zu zeigen, und zwar schon zu Beginn und nicht erst als Kompromiß nach überlanger Einnahme der Wochenspritze. Grundsätzlich vorzuziehen sind sie vor allem dann, wenn sich ernstere Stimmungsschwankungen oder gar depressive Zustände im Rahmen der psychoreaktiven und neurotischen Beeinträchtigungen andeuten. Auch bei Panikerkrankungen und Zwangsneurosen wird man eher Antidepressiva als Neuroleptika verordnen (s. das entsprechende Kapitel).

Schließlich ist der Austausch auch dann zu empfehlen, wenn sich im Verlauf einer längerfristigen Neuroleptika-Behandlung depressive Verstimmungen als Nebenwirkung einstellen. Denn Neuroleptika - über längere Zeit gegeben -

können sogenannte "pharmakogene Depressionen" auslösen, also medikamentenbedingte depressive Zustände. Und das ist auch unter einer Niedrig-Dosierung von Neuroleptika (z.B. als „Wochenspritze“) nicht auszuschliessen.

Der jüngste Trend bei Befindensschwankungen aber liegt auf ganz anderer Ebene - und die könnte tatsächlich eine risikolosere Alternative werden: Pflanzenmittel mit psychotroper Wirkung, also Johanniskraut, Baldrian, Melisse, Hopfenzapfen, Kava-Kava-Wurzelstock u. a. Sie sind zwar so alt wie die Menschheit, aber erst in letzter Zeit wieder in "Mode" gekommen. Modeerscheinungen sind an sich riskant, besonders auf dem Medikamenten-Sektor. In diesem Falle allerdings darf man es begrüßen, zumal die unerwünschten Begleiterscheinungen gering ausfallen. Einzelheiten s. die entsprechenden Kapitel. Allerdings muss man eines berücksichtigen:

Wer bereits synthetische („chemische“) Psychopharmaka genommen hat, kann von Pflanzenheilmitteln mit Wirkung auf das Seelenleben weniger erwarten, als wenn man gleich zu Johanniskraut, Baldrian, Kava-Kava usw. greift.

## **AUSBLICK**

War das nun ein Bericht für oder gegen die Neuroleptika, wird sich mancher verwundert fragen. Die Antwort lautet: Es war die ungeschminkte Darstellung über eine heute unverzichtbare Wirkgruppe von Medikamenten mit allen Vor- und Nachteilen. Letztere sind viel bekannter, was man auch niemand verübeln kann.

Aber denken wir daran, daß wir erst seit rund 4 Jahrzehnten die Psychosen so weit mildern, ja ihr Beschwerdebild (nicht die Ursachen) zu beheben vermögen, daß die Betroffenen ein Leben führen können wie andere auch. Neuroleptika - ungeliebt aber unersetzlich. Vergessen wir auch nicht, ein wenig Dankbarkeit aufkommen zu lassen. Das ist kein naiver Versuch, die Nachteile der Neuroleptika zu beschönigen. Dankbarkeit gegenüber allen therapeutischen Möglichkeiten - von der mitmenschlichen Zuwendung bis zur chemischen Unterstützung - ist auch ein wichtiger psychologischer Genesungsfaktor. Man nutzt ihn nur zu wenig.

## **Weiterführende Literatur**

Unüberschaubare Zahl von wissenschaftlichen Publikationen und Fachbüchern sowie immer mehr populärmedizinische Artikel und Sachbücher. Letztere leider

nicht immer sachlich fundiert und vor allem objektiv und damit für die Betroffenen und ihre Angehörigen hilfreich. Grundlage vorliegender Ausführungen sind:

- *Fachliteratur*

Faust, V., H. Baumhauer: Psychopharmaka. Kurz gefasster Leitfaden für Klinik und Praxis. Lose-Blatt-Sammlung seit 1990. ecomed, Landsberg 1990 bis 1999

Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G. Fischer, Stuttgart – Jena – New York 1996

- *Allgemeinverständliche Sachbücher*

Faust, V.: Medikament und Psyche. Eine allgemeinverständliche Einführung zu Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren. Bd. 1: Neuroleptika – Antidepressiva – Beruhigungsmittel – Lithiumsalze. Wiss. Verlagsges. Stuttgart 1995

Faust, V.: Psychopharmaka. Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben. TRIAS, Stuttgart 1994

Faust, V.: Manie. Eine allgemeinverständliche Einführung in Diagnose, Therapie und Prophylaxe der krankhaften Hochstimmung. Enke, Stuttgart 1997

Unter Mitarbeit von Apothekerin Helga Baumhauer