

Diskussion um die richtige Dosis: Experten fordern kritischeren Einsatz von Neuroleptika

Manuela Arand | 09. März 2015

Greifswald/Berlin – Lange Zeit galten mögliche Vorteile der so genannten „Atypika“ gegenüber den alten „Typika“ als zentraler Fortschritt in der Psychose-Behandlung. Dosierungen wurden wenig diskutiert, oft sogar ermutigt, die Dosis bis zum verordnungsfähigen Maximum auszureizen. Die Folge: 2009 und 2010 stellten Atypika in den USA mit 14,9 Milliarden US-Dollar die umsatzstärkste Substanzgruppe unter allen Medikamenten. Off-label-Verordnungen machen mehr als die Hälfte des Marktanteils aus.



**Dr. Volkmar
Aderhold**

Seit einigen Jahren mehren sich Publikationen zu Schädigungen durch diese Wirkstoffe. Diese betreffen sowohl das Gehirn in funktioneller und struktureller Weise wie auch den Körper insgesamt. Seither wird die Überbewertung der Neuroleptika der zweiten Generation korrigiert, wenn auch langsam. Aktuell geht es vor allem darum, mit dem Schädigungspotential durch Dosisminderung und Substanzwechsel und nur noch selektiver Behandlung bei Psychosen so effektiv wie möglich umzugehen.

Im Gespräch mit **Medscape Deutschland** erörtern **Dr. Volkmar Aderhold**, Universität Greifswald, und **Dr. Dr. Stefan Weinmann**, Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin, den Übereinsatz von Neuroleptika, und mögliche Folgen und Strategien, wie sich gegensteuern ließe.



**Dr. Dr. Stefan
Weinmann**

Medscape Deutschland: Welche sind aus Ihrer Sicht die zentralen Kritikpunkte an der gegenwärtigen Praxis in der Behandlung mit Neuroleptika?

Dr. Aderhold: Die Hauptfehler bestehen in unkritischem Einsatz und zu hoher Dosierung der Substanzen. Obwohl wir wissen, dass nicht alle Menschen mit einer ersten Psychose Neuroleptika benötigen, sondern viele bei intensiver psychosozialer Behandlung auf geeigneten Stationen, in Wohnkontexten oder ambulant unter professioneller Begleitung genesen können, werden Neuroleptika oft reflexartig verschrieben – entsprechend dem in den letzten Jahren erfolgreich vermarkteten biologischen Paradigma, nach dem Psychosen Hirnkrankheiten sind, die primär der Beeinflussung von Botenstoffen bedürfen.

Die Dosierungen in der Akutbehandlung sind meist zu hoch, was einen fatalen Kreislauf von weiteren Dosissteigerungen, Substanzwechseln oder -kombinationen und damit Überbehandlung einleiten kann. Reduktions- und Absetzversuche werden oft unterlassen. Außerdem unterschätzen viele Kollegen Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme und Stoffwechselstörungen, die nicht sofort eintreten, oder sie nehmen sie hin, da die Bekämpfung der psychotischen Symptome so sehr im Mittelpunkt steht.

Medscape Deutschland: Symptombesserung und Rückfallprävention sind doch aber sinnvolle Therapieziele bei Psychosen, oder?

Dr. Aderhold: Natürlich, aber letztlich zählen die Interessen des Patienten, und die gehen über diese Perspektive weit hinaus. Bis vor kurzem waren Remission und Rückfallverhütung zentrale Zielkriterien der Pharmakotherapie und maßgeblich für die Therapiedauer. Nach dem zweiten Rückfall galt die Devise: mindestens fünf Jahre Neuroleptika. Viele Kliniker raten dann sogar schon zu einer lebenslangen Einnahme.

Diese Praxis, die dem Arzt vermeintlich Sicherheit gibt, basiert nicht auf unabhängigen Studien, sondern wird im Gegenteil durch aktuelle Erkenntnisse infrage gestellt. In einer niederländischen randomisierten Verlaufsstudie über

sieben Jahre führten Verringerung der Neuroleptika-Dosis und flexible Absetzversuche gegenüber der Langzeit-Standarddosierung zu signifikanten Vorteilen bei Alltagsaktivitäten und Berufstätigkeit [4]. Mehr als doppelt so viele aus der Gruppe der Dosisreduktion erlebten eine bleibende Gesundheit, eine Recovery (40,4 vs. 17,6 %). In den ersten zwei Jahren gab es zwar mehr Rückfälle, die gut begleitet aber nicht zur weiteren Symptomverschlechterung führten.

Medscape Deutschland: Neuroleptika werden nicht nur bei Psychosen verordnet. Wie stehen Sie dazu?

Dr. Dr. Weinmann: Die unreflektierte Anwendung von Neuroleptika bei Erkrankungen außerhalb des schizophrenen Formenkreises wie Demenzen, manisch-depressiven Erkrankungen, psychischen Erkrankungen bei Kindern oder Persönlichkeitsstörungen ist ein großes Problem. Sie birgt immer das Risiko einer Chronifizierung von Krankheitsverläufen. Betroffene können kurzfristig davon profitieren, bleiben aber langfristig oft in einem Behandlungskreislauf stecken, der ihnen eine Normalisierung im Alltag verwehrt. Bei Demenzen kommt eine erwiesenermaßen sehr deutlich erhöhte rasche Mortalität hinzu.

Medscape Deutschland: Aktuell wird vor allem der Hirnvolumenverlust unter Neuroleptika diskutiert. Wie sehen Sie das Argument, schwerer erkrankte Patienten erhielten nun einmal höhere Dosen, der stärkere Hirnvolumenverlust sei also auf die Krankheit zurückzuführen und nicht auf die Medikation?

Dr. Dr. Weinmann: Natürlich gibt es Befunde, auch aus der Vor-Neuroleptika-Ära, die Auffälligkeiten in der Hirnstruktur von Menschen mit Schizophrenie zeigen. Ein schwerer chronisch-progredienter Verlauf geht oft mit einer Verringerung sozialer Beziehungen, fehlender oder wenig befriedigender Arbeit, Motivationsproblemen und damit einer geringeren Nutzung der geistigen Potentiale der Betroffenen einher, was Hirnentwicklung, Plastizität und Hirnstruktur beeinflussen kann. Es gibt aber keine Beweise, dass die Erkrankung Schizophrenie per se zur Hirnvolumenminderung als Teil der Pathogenese führt.

Man darf auch die hohe Behandlungsvarianz nicht vergessen – schwerer Erkrankte erhalten nicht automatisch höhere Dosierungen, die Behandlungspraxis hängt vielmehr vom Behandlungssystem ab. Einem Patienten quasi im Nachhinein eine „schwere Erkrankung“ zu attestieren, nur weil er hohe Dosen Neuroleptika erhalten hat, ist nicht gerechtfertigt.

Medscape Deutschland: Wie ist der aktuelle Erkenntnisstand zum Hirnvolumenverlust unter Neuroleptika?

Dr. Aderhold: Dazu gibt es eine methodisch sehr ausgereifte Longitudinalstudie [2]. Darin wurde der Einfluss der drei wichtigen „Moderatorvariablen“ Erkrankungsdauer, Erkrankungsschwere und Missbrauch von Alkohol und Drogen statistisch herausgerechnet. Auch danach blieb der signifikante Haupteffekt auf das Hirnvolumen durch die kumulative Neuroleptika-Dosis erhalten. Bemerkenswert ist dabei, dass Krankheitsschwere und Neuroleptika -Dosierung nur geringfügig miteinander korrelierten.

Die Hauptfehler bestehen in unkritischem Einsatz und zu hoher Dosierung der Substanzen. Dr. Volkmar Aderhold

Natürlich lassen sich bei solchen nicht-randomisierten Studien andere unerkannte Einflussfaktoren auch mit der anspruchsvollsten statistischen Methode nicht vollständig ausschließen. Das räumen auch die Autoren selbst ein, aber sie weisen zu Recht darauf hin, dass eine prospektive Beobachtungsstudie das Beste ist, was derzeit erreichbar und umsetzbar ist. Immerhin wissen wir auch durch Tierexperimente an Makaken-Affen, dass die chronische Verabreichung von Haloperidol und Olanzapin zu einer 10 bis 18 % geringeren Anzahl von Gliazellen in der grauen Substanz des Gehirns führte.

Wir selbst haben kürzlich einen systematischen Review zur frontalen Volumenminderung unter Neuroleptika erstellt [1]. In drei von fünf Studien, die eine Volumenabnahme unter antipsychotischer Behandlung beobachteten, wurde für die Schwere der Symptomatik als Einflussfaktor kontrolliert, was die Korrelation mit der Höhe der antipsychotischen

Dosis nicht veränderte.

Medscape Deutschland: Neuroleptika gibt es ja nicht erst seit gestern. Weshalb ist das Problem der Hirnvolumenminderung so lange unerkannt geblieben?

Dr. Aderhold: Wir sind es in der Psychiatrie schon gewöhnt, dass medikamentöse Schädigungen mit einer Verzögerung von ca. zehn Jahren offiziell gewürdigt werden, so geschehen bei den Spätdyskinesien, dem Diabetes unter vielen Atypika und jetzt auch mit der Hirnvolumenminderung.

Hinzu kommt, dass sich die Pharmaindustrie aus der Erforschung psychiatrischer Medikamente weitgehend zurückzieht. Innovative Substanzen sind in den nächsten zehn Jahren und länger nicht zu erwarten. Auch die vor einigen Jahren mit hohen Erwartungen angekündigten glutamatergen Substanzen wird es meines Erachtens nicht geben.

Wir müssen also auf absehbare Zeit in pharmakologischer Hinsicht mit den pharmakologischen Optionen auskommen, die wir heute haben, und uns auf die diversen anderen therapeutischen Möglichkeiten zurückbesinnen, die wieder zur Kernidentität unseres Faches werden sollten.

Medscape Deutschland: Wie könnten Neuroleptika einen Hirnvolumenverlust herbeiführen oder fördern?

Die unreflektierte Anwendung von Neuroleptika bei Erkrankungen außerhalb des schizophrenen Formenkreises wie Demenzen, manisch-depressiven Erkrankungen, psychischen Erkrankungen bei Kindern oder Persönlichkeitsstörungen ist ein großes Problem. Sie birgt immer das Risiko einer Chronifizierung von Krankheitsverläufen. Dr. Dr. Stefan Weinmann

Dr. Dr. Weinmann: Das lässt sich teilweise aus dem Wirkmechanismus der Substanzen ableiten. Sie können durch Dopamin-D2-Rezeptorblockade in den Basalganglien einerseits psychotische Symptome reduzieren, jedoch andererseits auch die Informationsverarbeitung in fronto-striär-thalamischen Regelkreisen vermindern. Dies könnte zu adaptiven Volumenreduktionen im frontalen Cortex und in limbischen Hirnregionen beitragen. Außerdem gibt es – oft dosisabhängig – mögliche neurotoxische Wirkungen einer antipsychotischen Behandlung auf Nervenzellen, Dendriten und Gliazellen.

Medscape Deutschland: Was folgt daraus?

Dr. Aderhold: Neuroleptika sollten so niedrig wie möglich dosiert werden. Es gibt neben dem Hirnvolumenverlust noch weitere gute Gründe, denn Neuroleptika haben weitere erhebliche Nebenwirkungen, die dosisabhängig sind und alle Bemühungen um Niedrigdosierung rechtfertigen.

Manche Nebenwirkungen treten erst auf, wenn die Obergrenze der für die Symptombesserung erforderlichen D2-Blockade im Mittelhirn überschritten wird, und können bei behutsamer Aufdosierung fast vollständig vermieden werden, z. B. Prolaktinerhöhungen, extrapyramidal-motorische Störungen, depressive Verstimmung, kognitive Beeinträchtigung und Negativsymptome wie Apathie, sozialer Rückzug und Motivationsprobleme.

Andere, ebenfalls dosisabhängige Risiken und Nebenwirkungen können auch schon unterhalb der Wirk-Obergrenze gefördert werden – kardiovaskuläre Komplikationen, metabolische oder sexuelle Störungen. Die Kombination mehrerer Neuroleptika steigert das Risiko zusätzlich, auch durch eine Verschlechterung der Neurokognition. Vor solcher Polypharmazie warnt die American Psychiatric Association 2013 in der eindringlichen Aktion „Choosing wisely“. Enttäuschend ist, dass es die DGPPN bis heute nicht geschafft hat, sich dieser Aktion anzuschließen oder angemessen auf das Problem Polypharmazie zu reagieren.

Medscape Deutschland: Wie erkennt man bei Ersterkrankten, ob eine Chance besteht, ohne Neuroleptika

auszukommen? Wie rechnet man vor Therapiebeginn das Potenzial für Nutzen und Nebenwirkungen gegeneinander auf?

Patienten benötigen immer eine Gesamt-Behandlungsstrategie, die nicht erst nach einem oft als selbstverständlich erachteten Einsatz von Neuroleptika beginnt. Dr. Dr. Stefan Weinmann

Dr. Dr. Weinmann: Ohne Neuroleptika heißt ja nicht: ohne Behandlung. Patienten benötigen immer eine Gesamt-Behandlungsstrategie, die nicht erst nach einem oft als selbstverständlich erachteten Einsatz von Neuroleptika beginnt.

Studien zum verzögerten und selektiven Einsatz von Neuroleptika bei Ersterkrankten zeigen eine über die ersten zwei bis drei Jahre stabile Rate von rund 40 % der Patienten, die ganz ohne Neuroleptika behandelt werden können. Die Behandlungsergebnisse sind im Vergleich zur Standardbehandlung sogar um geringe bis mittlere Effektstärken besser. Andere Patienten können längerfristig die Medikamente reduzieren und absetzen. An den Langzeitverläufen sieht man, dass die Rate an Betroffenen, die langfristig besser ohne Neuroleptika behandelt werden könnten, deutlich über 40 % liegt.

Medscape Deutschland: Was kennzeichnet denn nun Kandidaten für eine Neuroleptika-freie Strategie?

Dr. Aderhold: Grundsätzlich sind es eher Patienten mit besserer Prognose und geringeren Symptomen. Leider gibt es keine sicheren Prädiktoren. Bedeutsam ist aber, dass die Dauer der unbehandelten Psychose offenbar keine Rolle spielt.

Dr. Dr. Weinmann: In den Studien zur sogenannten Soteria-Therapie kamen junge Patienten mit weniger Kernsymptomen eher ohne Neuroleptika aus, jedoch konnten auch Ersterkrankte mit schleichendem Symptombeginn ohne Medikamente behandelt werden. Im finnischen Modell mit Frühintervention waren es diejenigen, die ihren Lebensalltag und ihre sozialen Beziehungen noch aufrechterhalten konnten, keine ausgeprägten Denkstörungen, jedoch oft eine hohe Wahnstimmung zeigten, und deren Eltern keine psychiatrischen Erkrankungen hatten. Im Einzelfall gilt es auszuprobieren, da jeder eine Chance haben sollte, ohne oder mit niedriger Neuroleptika-Dosis auszukommen.

Von größter Bedeutung ist es, im Versorgungssystem in Deutschland vor allem für Ersterkrankte die Strukturen und Kompetenzen zu entwickeln, um Betroffenen eine wirksame psychosoziale Behandlung anbieten zu können. Auf einer Akutstation mit 20 oder 30 Betten ist dies nur im Ausnahmefall zu gewährleisten, in einer Psychiatrischen Institutsambulanz liegen auch oft die Bedingungen nicht vor. Es fehlen die Finanzierungsmöglichkeiten für ein komplexes multiprofessionelles mobiles Krisenteam.

Für eine Neuroleptika-freie Strategie sind grundsätzlich eher Patienten mit besserer Prognose und geringeren Symptomen geeignet. Leider gibt es keine sicheren Prädiktoren. Bedeutsam ist aber, dass die Dauer der unbehandelten Psychose offenbar keine Rolle spielt. Dr. Volkmar Aderhold

Medscape Deutschland: Wie lösen Sie den Konflikt, einen Patienten möglicherweise mit hohem Leidensdruck mehrere Wochen auf einer unzureichend effektiven Therapie zu lassen, bevor die Dosis erhöht wird, um eine inadäquate Hochdosis zu vermeiden?

Dr. Dr. Weinmann: Grundsätzlich können auch bis zu einigen Wochen Benzodiazepine bei Schlafstörungen und Angstzuständen eingesetzt werden, auch bei initial Neuroleptika-freiem Vorgehen. Sehr bedeutsam ist natürlich in diesem Zusammenhang, welche therapeutischen Möglichkeiten jenseits der Pharmakotherapie zugänglich sind bzw. angeboten werden können. Psychosebegleitung, gemeinsame möglichst alltagsnahe Aktivitäten, Familien- und

Netzwerkgespräche gerade in der akuten Krise, kognitive Verhaltenstherapie, wie sie Tony Morrison mit seinem Team in Manchester bei akut psychotischen Menschen erfolgreich einsetzt. Entscheidend sind also psychosoziale nicht-medikamentöse Therapien, Alltagsnähe und die Vermittlung von Optimismus.

Medscape Deutschland: Ein Problem scheint darin zu bestehen, dass unter Neuroleptika-Therapie D2-Rezeptor-Veränderungen und -Upregulation auftreten, die auch das Rebound- und Rückfallrisiko erhöhen. Bedeutet das: Einmal Neuroleptika, immer Neuroleptika? Wie und wann kann man die Therapie beenden?

Dr. Aderhold: Die Studie von Wunderink zeigt, dass eine früh begonnene Dosisreduktion und ggf. Absetzen nicht nur möglich ist, sondern langfristig sogar bessere Ergebnisse bringt als eine Langzeit-Dauerbehandlung [4]. Die Dosisreduktion wurde bereits sechs Monate nach der Remission begonnen. Nach drei Jahren begannen sich deutliche Vorteile im Krankheitsverlauf zu zeigen. Bei über 20 % der Patienten konnten die Neuroleptika komplett abgesetzt werden, ebenso viele erhielten Dosierungen unter 1 mg Haloperidol-Äquivalenten auch noch nach sieben Jahren.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hat gerade eine [umfassende Broschüre](#) zur Dosisreduktion und zum Absetzen erstellt, die kostenlos zum Download zur Verfügung steht.

Dr. Dr. Weinmann: Man darf auch nicht übersehen, dass die Patienten die Dinge häufig selbst in die Hand nehmen. Die Rate an selbstbestimmten Medikationsabbrüchen und anderer Non-Compliance ist hoch. Besser wäre es, Patienten mit Reduktions- und Absetzwunsch bei ihrem Vorhaben zu begleiten, statt fortgesetzte Einnahme zu verlangen und sie dann bei dem Absetzversuch alleine zu lassen.

Medscape Deutschland: Lassen sich die D2-Rezeptorveränderungen durch Niedrigdosierung verhindern oder zumindest verringern? Wie funktioniert das in der Praxis?

Dr. Aderhold: Neben der bereits erwähnten Strategie, die Dosis von Anfang an so niedrig wie möglich zu halten, wird seit kurzem auch das Konzept des um zwei bis drei Tage verlängerten Einnahmeintervalls untersucht. Allerdings gibt es bisher nur zwei Studien dazu, die erfolgreich verliefen. Tierexperimente deuten darauf hin, dass eine diskontinuierliche, immer wieder auf eine 19%ige D2-Rezeptor-Blockade abfallende Gabe von Neuroleptika der kontinuierlichen Blockade von ca. 75 % der D2-Rezeptoren überlegen ist: Sie führt zu einer geringeren kompensatorischen Rezeptorvermehrung und -sensibilisierung und weniger Wirksamkeitsverlust.

Medscape Deutschland: Zwei von drei Psychose-Patienten in Deutschland erhalten offenbar gleich mehrere Neuroleptika. Wie kommentieren Sie das?

Dr. Aderhold: Ja, das ist erstaunlich. Polypharmazie kommt häufig vor und nimmt offenbar weiter zu. Eine deutsche Studie [33], in der dieses Phänomen analysiert wurde, zeigt: Selbst Patienten mit milden Symptomen und guter Response auf die Initialtherapie erhalten trotz fehlender Indikation oft mehrere Substanzen. Gleiches gilt für Patienten mit schneller und starker Response, aber rascher Verschlechterung, für Patienten mit verzögertem Ansprechen nach Wochen der Monotherapie oder insgesamt geringer Response, denen man eigentlich keine Multimedikation verordnen, sondern auf ein anderes Antipsychotikum umstellen sollte. Die Rate an Polypharmazie war in allen Gruppen vergleichbar und mit 58 bis 72 % bemerkenswert hoch.

Selbst Patienten mit milden Symptomen und guter Response auf die Initialtherapie erhalten trotz fehlender Indikation oft mehrere Substanzen. Dr. Volkmar Aderhold

Mit Kombinationstherapien haben die Betroffenen ein hohes Risiko, beide Nebenwirkungsspektren gleichzeitig zu entwickeln – das vorwiegend metabolische der neueren und das motorische der älteren Neuroleptika. Es ist dabei kaum anzunehmen, dass die jeweilige Einzeldosis halbiert, sondern eher die Gesamtdosis der Neuroleptika quasi verdoppelt wird.

Medscape Deutschland: In letzter Zeit gibt es einen Trend zu Depotformulierungen von Neuroleptika. Was ist davon zu halten?

Dr. Aderhold: Depots werden meist bei als mangelhaft empfundener Therapietreue eingesetzt. Sie sind wieder in Mode gekommen, weil viele neuere Antipsychotika jetzt auch als Depot vorliegen, während Tablettenformen oft keinen Patentschutz mehr haben. Das Argument, dass konstante Blutspiegel und kontinuierliche Rezeptorblockade sinnvoll sind, ist aber nicht stichhaltig – siehe oben. Es gibt Studien, die etwas reduzierte Rückfallrate zeigen oder auch solche mit ähnlichen Rückfallraten im Vergleich mit der oralen Medikation. Erstaunlich ist, dass die seit langem durch Studien gesicherte Möglichkeit, das Vergabeintervall um mehrere Wochen ohne erhöhte Rückfallrate zu verlängern, nicht genutzt wird.

Medscape Deutschland: Welche nicht-medikamentösen Strategien gibt es und wie ist deren Stellenwert zu beurteilen – auch im Vergleich zur medikamentösen Therapie?

Dr. Aderhold: Die Wirksamkeit der Neuroleptika ist vermutlich noch geringer, als gemeinhin angenommen: Die Number Needed to Treat (NNT) für eine deutliche Symptomverbesserung beträgt nach neueren Studien etwa 6:1, während sie in alten Studien mit 3:1 oder 4:1 angegeben wurde. Zudem verschlechtern sich die Symptome bei Langzeitbehandlung schleichend unter und durch die Neuroleptika in unterschiedlichem Ausmaß. Nicht-medikamentöse Maßnahmen haben entsprechend einen hohen Stellenwert.

Dr. Dr. Weinmann: Bei Ersterkrankten gut untersucht ist die milieutherapeutische Psychosebegleitung Soteria, die zunächst in einem schützenden Milieu und später mit den Möglichkeiten einer therapeutischen Gemeinschaft auf Zeit arbeitet. Dieser Ansatz ist in Deutschland in Soteria-Stationen, als Integration von Soteria-Elementen auf allgemeinpsychiatrischen Stationen oder als externe Soteria unter dem Dach einer Abteilung mit Versorgungsverpflichtung umgesetzt.

Alle Alternativen zur Standardbehandlung der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis arbeiten auch selektiv mit Neuroleptika, wenn dies sinnvoll erscheint, jedoch nicht aus Prinzip. Dr. Dr. Stefan Weinmann

Außerdem bestehen gute Erfahrungen, akut psychotische Patienten auf einer normalen Akutstation eng miteinzubeziehen und sie zu bitten, durch wertschätzende Kooperation zu helfen, die Medikamente in möglichst geringer Dosis einzusetzen. Es ist auch sehr entlastend, wenn nicht auf jede Äußerung von psychotischem Erleben einen Dosiserhöhung erfolgt. Patienten teilen sich dann sehr viel offener mit.

Medscape Deutschland: Das klingt, als stünden Medikation und nicht-medikamentöse Therapie in Konkurrenz...

Dr. Dr. Weinmann: Nein, das nicht. Alle Alternativen zur Standardbehandlung der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis arbeiten auch selektiv mit Neuroleptika, wenn dies sinnvoll erscheint, jedoch nicht aus Prinzip. Vermutlich am umfassendsten und besten evaluiert ist die in Finnland Anfang der 90er Jahre entwickelte Strategie des „Need adapted Treatment“, bei der mobile Teams kontinuierlich und so lange wie erforderlich mit systemischen Methoden mit den Betroffenen, ihren Familienangehörigen und weiteren wichtigen Bezugspersonen zusammenarbeiten. Dies wird bei Bedarf durch eine Einzelpsychotherapie ergänzt.

Gut untersucht ist die kognitive Therapie bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie auch bei anhaltenden psychotischen Symptomen mit und ohne neuroleptische Behandlung. Diese Therapieform ist erst vor wenigen Jahren auch für Menschen ohne neuroleptische Medikation entwickelt und in zwei Studien recht erfolgreich evaluiert worden.

Dr. Aderhold: Letztlich können Medikamente ein Bestandteil einer bedürfnisangepassten Behandlung der Psychosen sein, sie müssen es aber nicht. Es gilt nicht, ideologische Positionen zu vertreten, sondern den Betroffenen eine Gesamtbehandlung anzubieten, die psychosoziale Therapien in den Mittelpunkt stellt und sich der begrenzten Wirkung und der Risiken neuroleptischer Medikation bewusst ist.

REFERENZEN:

1. Aderhold V et al.: Nervenarzt, 25. Mai 2014
2. Ho BC et al.: Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 128-137; 7. Februar 2011
3. Schennach R et al.: Schizophrenia Research 139 (2012) 218–224; 21. November 2011
4. Wunderink L et al.: JAMA Psychiatry 2013; 70: 913-920; September 2013

MEHR

- Dem Hirnvolumen zuliebe: „The lower the better“ – das gilt auch für Antipsychotika
- Vom Nägelkauen und Haare zupfen: Die Haut als Spiegel der Seele
- Forschung in der Psychiatrie: Gene sind nicht alles

Diesen Artikel so zitieren: Diskussion um die richtige Dosis: Experten fordern kritischeren Einsatz von Neuroleptika. *Medscape*. 09. Mär 2015.