

Psychopharmaka absetzen (insbesondere Neuroleptika)

Wann?

Wie?

Wann nicht?

Was dann?

Wann trotzdem?

Volkmar Aderhold
Hamburg
Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

Schlussfolgerung

NL-spezifische Wirkung demnach bei
ca. 40 % im ersten Jahr.

Im Verlauf abnehmende Wirkung der NL,
jedoch Zunahme der körperlichen
Abhängigkeit (Toleranzentwicklung,
Entzugsphänomene)

Rückfälle

1. psychotische Episode/Ersterkrankte:

- 20% nie mehr eine Episode
- 40 % keinen Rückfall im ersten Jahr nach Absetzen auch ohne aktive Behandlung (Alvarez-J et al 2011)
- 35 % einwickeln sich (weitgehend) ohne NL über 2-3 Jahre zunehmend besser als unter NL. Dann weitgehend Stabilität. (Harrow et al 2012)
Potential für mehr als 35%.
- 20% Non-Responder

Komplexe psychosozial/psychotherapeutische Begleitung + NL bei Bed.

Bei 1.u. 2. Episode: keine NL über 4 Wochen:

- ⊙ **Soteria** (Bola et al 2009)
 - 40% nie NL über 2 Jahre
- ⊙ **Need adapted treatment/offener Dialog**
(Lehtinen API; Seikkula OD)
 - 40 % (bis zu 70%) keine NL über 2, 5, 20 Jahre

Rückfälle

Mehrfache Episoden/länger Erkrankte

- 36% keinen Rückfall im ersten Jahr unter Placebo (schnelles Absetzen) (Leucht et al 2012)
- 27% unter NL einen Rückfall im ersten Jahr (Leucht et al 2012)
- 80% Rückfälle in 5 Jahren ohne aktive Behandlung
- 20% Non-Responder auf NL

Komplexe psychosozial/psychotherapeutische Begleitung + NL bei Bed.

Nach 1. Episode:

⊙ **Begleitetes Absetzen amb. mobile Teams**
(Wunderink et al 2013)

- 21 % erfolgreich abgesetzt
- 21 % sehr geringe Dosis auch nach 7 J (< 1mg HalÄ)
- Recovery nach 3 J mit zunächst oft mehreren Rückfällen

Komplexe psychosozial/psychotherapeutische Begleitung + NL bei Bed.

Enthospitalisierung in die Gemeinde:

- © Vermont Studie („chronischsten“ jemals untersuchten 269 Pat)
- 50% keine NL, weitere 25% nur zeitweise NL (Harding et al 1987)

Konzept:

- „Kollaboration“ zwischen Profis und Betroffenen - Erwartung von „Recovery“
- Persönliche Ziele
- Eigene Stärken zuerst
- Alltagsnähe Alltagsaktivitäten
- Integration in Arbeit
- Kontakte zu Peers
- Kontakt mit Herkunftsfamilien
- Training Sozialer Kompetenz und Problemlösung
- Gruppen

7

„Non-Compliance“

- 50% der Patienten setzen die Medikamente im ersten Jahr ab.
- 75% in den ersten 1,5 Jahren.
- Unerwünschte Wirkungen, mangelnde Hauptwirkung und die Hoffnung jetzt wieder gesund zu sein, sind häufige Gründe.

10

Ergebnisse Vermont-Studie nach 15-20 J

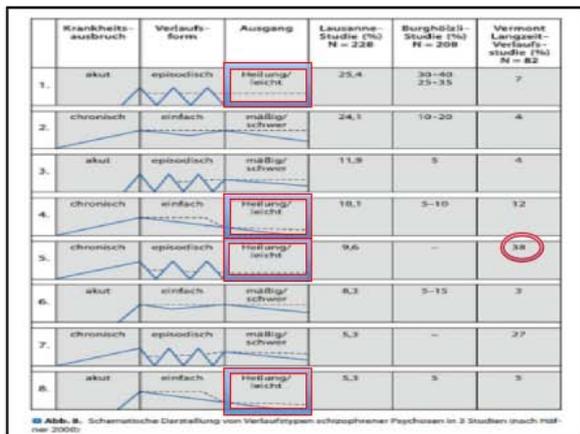
- 68% keine oder geringe Symptome
- 64% keine oder eine Hospitalisierungen bis 20 J nach Studienende
- 81% Selbstversorger
- 40% in bezahlter Arbeit
- 46 % vollständig außerhalb der Psychiatrie
- 68 % enge oder nähere Freundschaften

8

Begleitete Absetzversuche

- Absetzversuche mit Begleitung sind deutlich **risikoärmer** als ohne. Sie führen in Studien nicht zu bleibenden weiteren Einschränkungen. (Wunderink et al 2007)
- Kurzfristige psychotische Rückfälle erleichtern auch das Finden der **niedrigst möglichen Dosis**.
- Schon Dosisreduktionen um 1,2 mg Hal-Ä führen so zu deutlich **besserem funktionellen Recovery** (OR 3,5). (Wunderink et al 2013)
- Nur **langdauernde Rückfälle über Monate** führen zu nachweisbaren Hirnveränderungen und möglicherweise anhaltenden Funktionsverlusten. (Andreasen et al 2013)

11



12

Blick in die Zukunft

Es geht demnach um die Entwicklung einer kooperativen Praxis der Reduktion und des Absetzens, damit Betroffene und Angehörige damit nicht allein gelassen werden und sich hohen Risiken aussetzen.

Wir brauchen ambulante multiprofessionelle Teams einschl. Erfahrungsexperten mit dieser Kompetenz.

Frage von Peter an mich

- *Wann ist es angezeigt, dass der Arzt das Absetzen einleitet?*

13

Fragen vorab

- Wie lange wurden NL bisher genommen?
- Gab es bereits Absetzversuche?
- Was kann man daraus lernen?
- Gibt es besondere Gründe, gesundheitliche Risiken, die das Absetzen unter Zeitdruck setzen?
- Auf wie viel Zeit richtet sich die/der Betroffene ein?
- Gibt es ein unterstützendes soziales Umfeld?
- Wie verliefen psychotische Krisen bisher?
- Wann war die letzte psychotische Krise?
- Gibt es aktuell psychotische Phänomene?

16

Positive Prädiktoren des Absetzens

- **Keine sicheren Prädiktoren** (Johnstone 1994)
- **Ob ein vollständiges Absetzen möglich ist, lässt sich individuell nicht voraussagen.**
- gutes psychosoziales Funktionsniveau vor Psychosen (Johnstone 1990 und viele andere Studien)
- 6 Monate ohne Symptomatik (Falloon 2006)
- 2 Jahre ohne Rezidiv (Lerner 1995)
- Niedrige Ausgangsdosierung (van Kammen, Gitlin)
- kurze Episoden und Hospitalisierungen (Marder)
- späteres Manifestationsalter (Gilbert)
- keine psychiatrische Behandlung der Eltern (Lehtinen)

Fragen vorab

- Wie stressbelastet ist die aktuelle Lebenssituation?
- Wie ist der Schlaf?
- Wie ist der Tag-Nacht Rhythmus?
- Sind bestimmte „Kontraindikationen“ erfüllt?

17

Positive Prädiktoren Absetzen

- **Unterstützung durch Familie und andere** (Norman, Marder)
- **Weitere Lebensziele über das Absetzen hinaus** (Hall)
- Deutliche Auslöser bei Episoden zuvor (Marder)
- Internale Attribuierung/Selbstwirksamkeit (Harrow et al 2007)
- Effektive Bewältigungstechniken (Falloon 2006)
- Fähigkeit zum Selbstmanagement in Krisen
- Wirksame Psychotherapie (Einzel, Familie) (Gottdiener, Seikkula)
- keine belastenden Lebensereignisse
- stressarmes soziale Umfeld (Hogarty)

Fragen von Peter an mich

- *In welchen Situationen muss der Arzt das Absetzen für einen späteren Zeitpunkt vorschlagen oder dem Patienten davon überzeugen es jetzt nicht zu versuchen?*

Versuch einer Antwort

- Aktuelle Belastungen im Leben.
- Keine Unterstützung bis hin zu Ängsten im soz. Umfeld
- Psychotische Phänomene, die zuviel Angst machen.
- Alkohol und Cannabis-Konsum
- „Kontraindikationen“

Kontraindikationen des Absetzens

- Risikoverhalten in akuter Psychose
- Plötzlich auftretende akute Psychose
- Zunehmendes Residuum nach Rezidiv
- Schwer behandelbare Rezidive in der Vorgeschichte
- „High Expressed Emotions“ in der Familie
- Stressreiches soziales Umfeld
- Geringe soziale Unterstützung

Vorbereitung

- Bewegung und andere Entspannungstechniken
- Bei Stimmenphänomenen Umgang mit Stimmen erlernen
- Individuell bedeutsame Unterstützungsformen
- z.B. Traditionelle Chinesische Kräutermedizin
- Netzwerkgespräch aller Beteiligten nach Wahl des Klienten
- Individueller Krisenplan: Frühsymptome – Was tun?
- Netzwerkgespräch für gemeinsamen Krisenplan [Google: „Krisenplan im Netzwerkgespräch“]
- Ambulante Psychotherapie mit Kooperation?
- Traumaspezifische Therapie – EMDR bei Psychose + PTSD?
- Kooperierende Tagesklinik bei Bedarf?
- Gibt es einen geeigneten Ort für Krisen?

22

Fragen von Peter an mich

- Welche Maßnahmen sind angezeigt, die Zeit bis dahin zu überbrücken?

Versuch einer Antwort

- Netzwerkgespräch mit allen Beteiligten
- Bessere Bewältigungsstrategien (z.B. Stimmen) entwickeln.
- Mehr Kontakte aufbauen und Selbsthilfegruppe.
- Amb. Psychotherapie
- Abstinenz von Suchtmitteln für das Ziel der Medikamentenfreiheit.

Reduktionsprozess

- Man kann sich das Absetzen nicht **fest** vornehmen. Man weiß nie, ob es am Ende gelingt.
- Reduktion um 10% alle 6 Wochen. Bei Bedarf langsamer.
- Entzugszeitraum ≈ Einnahmezeitraum
- Auch verzögerte Einnahme um 2-3 Tage ist zusätzl möglich.
- Eigenes Verlaufsprotokoll
- Möglichst kein Alkohol, Kaffee
- Gute Ernährung und Kräutertee/Wasser
- Evtl. Omega-3-Fettsäuren (700 mg EPA + 480 DHE) und Folsäure (2 mg), Vit C (500 mg) und Vit E (400 IU) über 3-4 Monate kann hilfreich sein. (Arroll et al 2014)

Frage von Peter an mich

- Wie kann der Arzt das Absetzen therapeutisch unterstützen?

21

Reduktionsprozess

- Schlaf ab 23.00 Uhr (6-8 h Nachtschlaf stabilisieren sehr)
- Emotionale Reaktionen erwarten und abreagieren
- Engmaschige Kontakte: 1-2 mal wöchentlich bei Instabilität
- Entzugssymptome kommen schnell
- Evtl. Rückkehr zur letzten Dosis (kurz auch mehr)
- Weitere Reduktion erst nach Stabilität für ca. 4 Wochen
- Erneute Reduktionsversuche sind sinnvoll – länger warten

Syndrome bei Reduktion von NL

- **Motorische Syndrome**
Dyskinesien, Dystonien, Akathisie; Unruhe
- **Vegetative Rebound-Phänomene**
Schlaflosigkeit, Agitiertheit, Konzentrationsprobleme
Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwitzen,
Schwindel, Tachykardie, Kollaps,
Schmerzüberempfindlichkeit, Kopfschmerz
Können ohne Remedikation bis zu 6 Monate
anhalten.
- **Emotionale Labilität – Instabilität**
Ängste, Ruhelosigkeit, Depressivität, Reizbarkeit,
Aggressivität

Kontinuum der Medikationsstrategien

- (1) ohne Medikation
- (2) Frühmedikation **Benzo** nur in Krisen
- (3) Frühmedikation **NL** nur in Krisen
- (4) Sehr niedrige Dosis **NL** (10 %) + **Benzo** bei Krisen
- (5) Sehr niedrige Dosis **NL** (10 %) + **NL** bei Krisen
- (6) Reduzierte Erhaltungsdosis
- (7) höhere Erhaltungsdosis

28

Syndrome durch Absetzen von NL

- **Rebound Psychosen**
Beginn innerhalb von Tagen
signifikante Besserung nach 2-3 Wochen oder
Rückbildung unter NL
Publiziert für: Clozapin, Quetiapin, Olanzapin,
Phenothiazine
- **Absetzpsychosen**
Stabilisierung durch Remedikation in 3 Tg – 3 Wo
- **Erneute Psychose, nicht als Absetzeffekt**

Frage von Peter an mich

- *Wie unterstützt der Arzt, wenn der Patient gegen ärztlichen Rat sofort - gegebenenfalls schrittweise - komplett abzusetzen beginnt?*

Versuch einer Antwort:

- Ich würde versuchen, den Wunsch zu verstehen und ihn in einer sicheren Umgebung zu unterstützen.
- Eine Klinik oder Tagesklinik könnte ein solcher Ort sein.
- Wenn der Patient alleine absetzt, wird es für die Krankenkasse sowieso teuer.
- Ohne Unterstützung ist das Risiko sicher höher.

29

NL minimal vs. Absetzen NL

- Bei den letzten Schritten sehr kleine Reduktionsschritte wählen.
- Flüssige Darreichungsformen sind günstig.
- Ermutigende und sichernde Kontakte mit Nahestehenden
- Was auch immer dem Körper und der Seele gut tut
- Sich Zeit geben, auch Monate ... das erhöht die Chance
- In 50-60% der Fälle ist die minimale Dosis das Ziel.
- Insbesondere bei Clozapin eher minimale Dosis finden (?)

27



Information zum Buch

www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel1/absetzen.htm



Bestelladresse

dgsp@netcologne.de

Zu Antidepressiva

Google: „New Guide to Stopping Antidepressants“ (J. Healy)

30

„Kein einziger der **208 Probanden** hatte ausserhalb der Klinik irgendeine Dauermedikation. Alle Probanden, die langdauernd geheilt blieben, blieben es ohne Dauermedikation. Während der zusammengezählten 3600 Jahre, die die Probanden in den ersten zwei bis drei Jahrzehnten nach ihrer Erkrankung **ausserhalb von Spitälern** verbrachten, waren sie **meist ohne jede Medikation**, nur einzelne hatten vorübergehend Medikamente. In den letzten Jahren ist hin und wieder die Vermutung geäussert worden, Dauermedikation sei nach Klinikentlassung bei jedem Schizophrenen zur Prophylaxe von Rückfällen angezeigt. Die Erfahrungen an den Probanden geben solchen Vermutungen nicht recht.“

31

Manfred Bleuler:

Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.

Stuttgart 1972

32

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit



Dr. Volkmar Aderhold während seines Vortrags © Reinhard Wojke