

14.5.10

Asmus Finzen

Neuroleptika: Vier Jahrzehnte Dosierungsempfehlungen in ausgewählten Lehrbüchern

Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie hat Ende 2007 eine Debatte über Gebrauch und Missbrauch von Neuroleptika angestoßen, über „Fluch und Segen“, „Chance oder Desaster“. Angestoßen wurde sie von Volkmar Aderhold, der sie auch weiterhin prägt. Die Debatte, die anfangs vor allem auf die - lange bekannte - erhöhte Mortalität unter Neuroleptika abhob, hat sich zunehmend differenziert. Man kann heute schon sagen, dass sie ähnlich wie die Soteria-Debatte in den neunziger Jahren das Nachdenken über Indikationen und Dosierungen von Neuroleptika heftig aufgerüttelt hat. Das ist ihr Verdienst. Allerdings sehen ihre Protagonisten den Einsatz von Neuroleptika wegen ihrer vielfältigen unerwünschten Wirkungen nach wie vor vorwiegend negativ. Sie halten die neuroleptikafreie Behandlung von 40-60% aller ersterkrankten Psychosekranken für möglich und kämpfen dafür, dass dies auch geschieht. **Aus meiner Sicht ist das unter Alltagsbedingungen eine wunderbare Hoffnung, die ich gern teilen würde.** Wenn man nach ICD-10 Kriterien und nicht nach Bleulerschen **diagnostiziert** - dann wären es ein Drittel – sehe ich allerdings schwarz: **dann sind es allenfalls 20 Prozent.** Allerdings weiß man in jedem Fall **erst** am Ende der ersten Krankheitsepisode, ob es **auf Dauer** ohne Neuroleptika geht oder nicht. Je länger die Debatte andauert, desto öfter frage ich mich: worüber diskutieren wir eigentlich?

Mit der Differenzierung der Auseinandersetzung ist die Dosierung der Neuroleptika in den Mittelpunkt gerückt: wenn sie schon verabreicht werden, sollen sie möglichst niedrig dosiert werden, um den Schaden, den sie anrichten, möglichst gering zu halten. Als jemand, der antipsychotische Medikamente eher als Segen denn als Fluch begreift und sich dennoch seit 40 Jahren für ihre streng indizierte Verwendung in angemessener - d. i. möglichst niedriger - Dosierung einsetzt, versuche ich hier, anhand von je zwei psychiatrischen und pharmakopsychiatrischen Lehrbüchern die Entwicklung der Neuroleptika-Dosierungs-Empfehlungen am Beispiel der

Referenzsubstanz Haloperidol über die vergangenen vier Jahrzehnte nachzuvollziehen.

Ich habe Bücher ausgewählt, die klinisch- oder sozialpsychiatrisch orientiert sind: das hannoversche Lehrbuch der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, das Töllesche Lehrbuch der Psychiatrie, die Psychiatrische Pharmakotherapie von Benkert und Hippus sowie meine Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Außerdem habe ich auf einige aktuelle Lehrbücher weiterer Autoren zurückgegriffen. Es erübrigt sich fast darauf hinzuweisen, dass sie alle Neuroleptika zwar als Problemmedikamente betrachten, aber mit Ausnahme von Dörner und Plog dennoch auf der »Segenseite« sehen. Meine Auswahl ist subjektiv. Sie hat sich vor allem daran orientiert, was in meinem Bücherregal steht.

Das Töllesche Lehrbuch

Das Lehrbuch »Psychiatrie«, von Walter Schulte und Rainer Tölle, zweier engagierter Tübinger Kliniker, erschien 1971, dem Jahr des Beginns der Psychiatrie-Enquete, in der ersten und 2009 in der 15. Auflage. Es war über viele Jahre eines der verbreitetsten deutschsprachigen Lehrbücher der Psychiatrie. Nach dem Tode von Walter Schulte im Jahre 1972 wurde es zunächst von Tölle, der nach Münster gewechselt war, allein fortgeführt; von der sechsten Auflage (1982) an in Zusammenarbeit mit Reinhard Lempp, der die Kinder und Jugendpsychiatrie in das Buch integrierte. Mit der 13. Auflage (2002) kam Klaus Windgassen dazu, der durch eine eindrucksvolle Untersuchung zu den subjektiven Nebenwirkungen von Neuroleptika (1989) bekannt geworden ist.

Das Buch weist im Hinblick auf seine Empfehlungen zur Behandlung mit Neuroleptika eine bemerkenswerte Konstanz auf. Von der ersten bis zur 15. Auflage gibt es eine Reichweite von 3-20 mg Haloperidol als Tagesdosis an (bis zu 20 mg in Akutsituationen), bei längerer Therapie von 1- 6 mg. Die Autoren halten es für vertretbar, bei einer akuten Psychose mit einer hohen Dosierung zu beginnen, um

diese dann schrittweise auf die niedrigste mögliche Schwellendosis zu reduzieren. Diese Einstellung war damals, vor 40 Jahren, relativ verbreitet.

Diese Position wird für die akute Psychose in differenzierter Form auch in der sechsten Auflage von 1982 vertreten: mit der Dosisreduzierung soll bereits nach wenigen Tagen begonnen werden, mit dem Ziel, möglichst niedrige Medikamentendosen einzusetzen und die nicht medikamentösen Behandlungsverfahren nicht zu beeinträchtigen. Wichtig ist der Zusatz: »Bei weniger akuten Syndromen ist einschleichend zu dosieren und die minimal wirksame Dosis zu bestimmen.« Ich erinnere mich übrigens, dass wir an der Tübinger Nervenklinik unter der Anleitung von Schulte und Tölle Ende der Sechzigerjahre, außer bei akuten Erregungszuständen mit Standarddosierungen von 1,5-3 mg täglich (3 x 5 bis 3x10 Tropfen) arbeiteten.

In der 12. Auflage von 1999 werden die Empfehlungen von 1982 im wesentlichen wiederholt. Über den ganzen Zeitraum werden die großen Dosisobergrenzen nicht als Empfehlungen verstanden. Vielmehr sei die notwendige Dosis nicht nur von der Art des Medikamentes und vom Schweregrad der Symptomatik abhängig, sondern auch von individuellen Faktoren, die im Voraus kaum zu erkennen seien. In der letzten Ausgabe sind die Empfehlungen, möglichst niedrig zu dosieren, noch verstärkt. Diese Gesamtlinie verfolgt auch die 15. Auflage von 2009.

Das hannoversche Lehrbuch

Das hannoversche Lehrbuch der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an das erste deutschsprachige Lehrbuch, das von sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Ideen getragen wurde. Im Gefolge der Studentenbewegung zuerst erschienen, firmierte die erste Auflage entsprechend der alphabetischen Reihenfolge der Namen der Autoren 1973 unter »M. Bauer und andere«. Von der vierten Auflage (1980) war K.-P.- Kisker Erstautor. 1999 schließlich erschien eine Neuauflage unter Federführung von Wielant Machleit, der 2004 eine weitere Auflage folgte. Das Buch deckt somit fast vier Jahrzehnte seit den Anfängen der

Psychiatriereform ab. In den 70er und 80er Jahren war es in sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Kreisen ausserordentlich verbreitet

1973 empfiehlt das Buch zur Behandlung schizophrener Psychosen 3-6 mg Haloperidol.

1980 sind es 3-15 mg. Liest man den Begleittext im Zusammenhang, wird deutlich, dass die höhere Dosierung in bestimmten Akutsituationen als gerechtfertigt angesehen wird, etwa bei einem »mit Angst und ich Wahnsymptomen einhergehenden Erregungszustand«.

1999 sind die Empfehlungen zur Pharmakotherapie schizophrener Psychosen, die Wielant Machleidt verfasst hat, wesentlich differenzierter. Schon in den Leitlinien heißt es:

»In der modernen Psychopharmakotherapie wird das Prinzip der Niedrigdosierung verfolgt. Die medikamentöse Behandlung wird als rein symptomatische, vor allem reizabschirmende Schutzmaßnahme im Rahmen eines integrativen Therapieplanes verstanden, bei dem psycho- und soziotherapeutische Verfahren sinnvoll aufeinander abgestimmt sind.«

Der nächste Abschnitt wird durch farbige Unterlegung hervorgehoben:

»Zwischen antipsychotischer Pharmakotherapie und psycho- und soziotherapeutischer Behandlung besteht ein umgekehrt proportionales Verhältnis. Je besser die psycho- und soziotherapeutische Behandlung, umso niedriger können in der Regel die verabreichten Psychopharmaka-Dosierungen liegen.« In seinen speziellen Empfehlungen hält das Buch bei »hochakuten schizophrenen Episoden eine Initialdosierung von 3-15 mg Haloperidol für gerechtfertigt. »Höhere Dosierungen haben, abgesehen von Einzelfällen, keine bessere therapeutische Wirksamkeit.«

»Bei weniger akuten psychotischen Episoden wird die minimale wirksame Dosis immer in die individuelle "austitriert". Diese liegt *bei etwa 2-3 mg Haloperidol pro Tag* ... und wird dann je nach Behandlungsstrategie beim ersten Auftreten von Kriterien, die für das Vorliegen einer minimalen wirksamen Dosis sprechen, für 2-3 Wochen beibehalten, beziehungsweise bei ungenügendem Effekt erhöht. Eine andere

Behandlungsmethode ist die, eine schrittweise einschleichende Erhöhung der im Jahr Dosis im Wochenabstand durchzuführen, bis ein befriedigender antipsychotischer Effekt erreicht wird.«

Zur Ergänzung:

Mathias Berger gibt in der dritten Auflage (2008) seiner »Psychische Erkrankungen« eine Behandlung schizophrener Psychosen Haloperidol-Dosen von 5-10 mg täglich an. Wolfgang Gaebel und Franz Müller-Spahn (2002) empfehlen ihrer Diagnostik und »Therapie psychischer Störungen« Dosen von 3-6 mg bei maximaler Dosierung von 15-30 mg; Hans-Jürgen Möller (2000) in der zweiten Auflage seiner »Therapie psychiatrischer Erkrankungen«, hält fest, dass für die akute Behandlung in der Regel 500-1000 Chlorpromazin-Einheiten (10-20 mg Haloperidol) ausreichen. Außerdem meint er, dass mit der Einführung der Atypika Dosierungsfragen in Zukunft möglicherweise in den Hintergrund treten werden. Wohlgedenkt, diese Auffassungen sind mehr als 10 Jahre alt.

Klaus Dörner und Ursula Plog tragen mit ihrem Lehrbuch „Irren ist menschlich« kaum etwas zur Dosierungsdebatte bei. Ihre Kernaussage: »Neuroleptika bleiben ein Behelf, eine unterdrückende und einengende Krücke - unverzichtbar und verantwortbar nur, solange wir nicht besser sind.« Ähnliches gilt übrigens auch für die Bestrahlung und die Chemotherapie bei Krebserkrankungen. Leider sind wir nicht besser.

Psychiatrische Pharmakotherapie

Die »Psychiatrische Pharmakotherapie« von Otto Benkert und Hanns Hippus war von 1974 bis 1996 das verbreitetste deutschsprachige Lehrbuch der Pharmakopsychiatrie. Es erschien in 6 Auflagen. Im Jahr 2000 wurde es vom »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie«, (Hg. Benkert und Hippus) abgelöst, das mittlerweile ebenfalls in der sechsten Auflage vorliegt.

1974 heißt es in der ersten Auflage zur Dosierung von Haloperidol (außer bei psychomotorischen Erregungszuständen): »Bei der antipsychotischen Behandlung, wenn möglich, *immer einschleichend mit dreimal 0,5 mg täglich oral beginnen*. Die *stationäre* Erhaltungsdosis sollte nach circa sieben Tagen erreicht sein. Sie liegt bei *etwa 2-6 mg täglich oral; ambulante Erhaltungsdosis ein bis 3 mg täglich*. Einige Patienten vertragen auch über längere Zeit sehr viel höhere Dosen ohne Nebenwirkungen.«

1980 findet sich nur eine leichte Modifizierung der Empfehlung: »Bei der antipsychotischen Behandlung, wenn möglich ein schleichend mit *dreimal 0,5-3 x 1,5 mg täglich oral* beginnen. Die stationäre Erhaltungsdosis sollte nach einigen Tagen erreicht sein. Das Ziel liegt etwa bei *2-10 mg täglich oral, in Ausnahmefällen bis 30 mg täglich* auch über mehrere Wochen. Die ambulante Erhaltungsdosis liegt wesentlich niedriger. Gute Erfolge und nicht unbedingt vermehrte Nebenwirkungen werden auch bei der Gabe der Erhaltungsdosis gleich zu Beginn beobachtet.« Hier fordert der Zeitgeist seinen Tribut. Die späteren Ausgaben liegen mir leider nicht vor.

In der sechsten Auflage des Kompendiums (2007) lautet die Empfehlung: »*Erhaltungsdosis, wenn möglich, 5-10 mg oral* (in Ausnahmefällen stationär bis zu 40 mg auch über mehrere Wochen).

Untersuchungsergebnisse legen im Regelfall eher niedrigere Dosen zur Behandlung der positiven Symptomatik nahe (*4-8 mg pro Tag*); bei psychomotorischer Erregung ist eine vorübergehende Benzodiazepin-Begleitmedikation zu empfehlen.

In Akutsituationen beziehungsweise bei Erregungszuständen werden in allen vier mir vorliegenden Auflagen deutlich höhere Dosen als Injektionen empfohlen.

Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen

Mein eigenes Buch hier einzubeziehen – und dann noch ausführlich -, mag anrühlich sein. Ich tue es dennoch – auch weil ich nur daran einen Einblick in die subjektive Seite des Autors vermitteln kann. Liege ich richtig? Bin ich auf dem Laufenden? Bin

ich zu zurückhaltend? Laufe ich den Moden hinterher? Das sind Fragen, die sich mit jeder Auflage neu stellen. Und wenn ich falsch liege oder mich unverständlich ausdrücke, welchen Schaden richt ich dann an?

Meine »Medikamentenbehandlung« ist aus einem Leitfaden für die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen der Wunstorfer Klinik hervorgegangen, den ich Mitte der Siebzigerjahre aus Verärgerung über die Medikamentenzentrierung des »Benkert/Hippius« verfasst hatte. Das erklärt die „Kliniklastigkeit“ des Textes. Daraus wurde dann 1979 das zweite Buch des Psychiatrieverlages nach »Irren ist menschlich«. Meine Dosisempfehlungen orientierten sich an den mittleren Dosen der damals verbreiteten Umrechnungstabelle von Hans-Jürgen Haase, mit seiner Theorie des Zusammenhanges von Wirkung und „neuroleptischer Schwelle übrigens zeitlebens ein Anhänger der Niedrigdosierung war: 5 mg Haloperidol – implizit +/-.

Die Handlungsempfehlungen sind eingebettet in umfangreiche Überlegungen zur Soziotherapie. Bereits die 4. Auflage (1981) verweist auf den Zusammenhang zwischen Neuroletikaverbrauch und Familienmilieu. Die empfohlenen Leitlinien beziehen sich dann aber vor allem auf die akute Psychose:

»Die akute schizophrene Psychose mit Symptomen wie Angst, notorischer Erregung, Halluzinationen, Verfolgungsideen und Denkstörungen wird mit hoch potenten Neuroleptika behandelt. Nach der Einweisung kann eine Eingewöhnungsphase vor Beginn der medikamentösen Therapie abgewartet werden. Häufig kommt es zu einer Beruhigung der akuten Symptomatik, wenn der Patient von dem Milieu und den Umständen entlastet ist, in denen sich sein Zustand krisenhaft zugespitzt hat ... Wir behandeln bei klarer Diagnose und abgeklärter Situation mit dreimal 5-10 mg Haloperidol, bei leichter Symptomatik mit dreimal 3 mg.«

Die Empfehlungen sind offensichtlich ausgerichtet auf die Situation einer Akut-Aufnahmestation. Für die Zeit danach bleiben die Empfehlungen vage: es empfehle sich, die Anfangsdosierung möglichst bald schrittweise wieder zurückzunehmen, um das vertretbare Minimum an Medikation auszutesten.

Es sei daran erinnert, dass wir uns zum Zeitpunkt des Erscheinens der ersten Auflage der Medikamentenbehandlung mitten in der Phase der Hochdosierung befanden, die auch in der Klinik ihre Anhänger fand. Ich erinnere mich an eine erbitterte Auseinandersetzung über die Obergrenzen der Routinemedikation in Akutsituationen: ich versuchte durchzusetzen, dass eine Verabreichung von mehr als 30 mg Haloperidol pro Tag der Zustimmung eines Leitenden Arztes bedürfte. Darüber war kein Konsens zu erreichen. Wir einigten uns schließlich auf 40 mg. Das war zu viel. Es gewährleistete aber, was sich aus anderen Kliniken kannte, das nicht heimlich mehr gegeben wurde bereits abgesprochen war. Diese Auseinandersetzung dauerte noch einige Jahre an.

Das Medikament als Krücke

Das schlägt sich in den folgenden Auflagen immer deutlicher nieder – ich wehre mich mit nur mässigem Erfolg: In der vierten (1984) ist ein Abschnitt überschrieben mit »*Das Medikament als Krücke*«. Und die Beschreibung der Neuroleptika-Neuroleptika-Nebenwirkungen nimmt einen immer breiteren Raum ein. In der achten Auflage (1990) schließlich heißt es im Vorwort programmatisch:

Ein »Anliegen hat von Auflage zu Auflage an Gewicht gewonnen: die *Vermeidung zu hoher Medikamentendosen*. Insbesondere Neuroleptika scheinen aufgrund ihrer großen therapeutischen Breite zu unangemessen hoher Dosierung zu verleiten. Dass beispielsweise Haloperidol ... in Dosen von 2-8 mg sehr wohl wirksam ist, scheint vielen Orten in Vergessenheit geraten zu sein; dass man die Menge der verabreichten Medikamente im Intervall zwischen zwei akuten Krankheitsepisoden erniedrigen kann und muss, desgleichen.

Auch Kapitel über unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika im allgemeinen, über deren Dosierung, über Psychopharmaka und Schwangerschaft sowie bei Psychopharmaka und Sexualität verdanken solchen Erfahrungen ihre Entstehung. Auch das Kapitel »sollten Neuroleptika verboten werden?«, das in seiner polemischen Form den Rahmen eines Lehrbuchs Spott zu sprengen scheint mahnt zum nachdenklichen Umgang mit diesen Medikamenten. Die *Empfehlungen zur*

Sicherung der Behandlungsqualität, die ich - überwiegend in Fragen gekleidet, an den Schluss der meisten Therapie Kapitel gestellt habe, verfolgen das gleiche Ziel.«

Das Kapitel über unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika schliesslich wird durch zahlreiche Zitate aus Windgassens »Schizophreniebehandlung aus der Sicht der Patienten« (1989) akzentuiert. In einem speziellen Kapitel zur Dosierung problematisiere ich, »*dass heute in manchen Kliniken 30 mg Haloperidol pro Tag gegeben werden, während in den frühen sechziger Jahren 3 mg noch ausreichend erschienen.*« In dieser Auflage erscheint erstmals auch ein Zitat von Rifkin und Siris (1987) - und bis zur 14. Auflage (2004) immer wieder -, in dem sie den damaligen Stand des Wissens zu Dosierungsfragen zusammenfassen:

»Da es keinen Beleg dafür gibt, dass innerhalb des Dosierung Bereiches von 400-1200 Chlorpromazin-Einheiten (8-24 mg Haloperidol) eine Dosierung wirksamer ist als die andere, gibt es keinen Grund, eine Medikamentendosis einzusetzen, die lästigen Nebenwirkungen verursacht, wenn die wirksame minimale Dosis überschritten ist. Nur wenn diese unterschritten werden muss, um eine nebenwirkungsarme Therapie zu gewährleisten, kann ein anderes Medikament eingesetzt werden. Wenn ein Patient in früheren Zeiten auf ein bestimmtes Medikament in einer bestimmten Dosierung gut angesprochen hat, ist es am besten, bei beiden zu bleiben«. (In der 13. Auflage 2001 gehe ich hinter die Dosisempfehlung zurück und empfehle einen Spielraum von 3-15mg).

In einem Kasten (1990) merke ich dazu an: »die antipsychotische Wirkung von Neuroleptika nimmt im Gegensatz zu ihrer sedierenden Wirkung mit Steigerung der Dosis nicht mehr zu. Die therapeutische Dosis liegt bei den verbreiteten hochpotenten Neuroleptika niedriger als die weiterhin übrige übliche Dosierung ... vieles spricht dafür, dass Dosen dieser Medikamente unter 10 mg auf längere Sicht ebenso wirksam sind wie Dosen über 20 mg.«

Im Abschnitt zur Behandlung der akuten schizophrenen Psychose heißt es entsprechend: »Wir behandeln bei klarer Diagnose und abgeklärter Situation mit 10-15 mg Haldol pro Tag, bei leichter Symptomatik mit 4-9 mg.« Die Empfehlung, im Therapieverlauf die Anfangsdosis möglichst bald schrittweise wieder

zurückzunehmen, um das vertretbare Minimum eine Medikation auszutesten, bleibt bestehen. Ich folge also weiterhin der um 1970 von Tölle übernommenen Philosophie, zu Beginn höher aufzudosieren, um, wie er schreibt, »die Psychose gleichsam zu überholen.«

Mit der 14. Auflage war das Buch eigentlich am Ende. Ich hatte die Nase voll von der allseitigen Begeisterung über die Neuroleptika der zweiten Generation. Ich merkte, dass ich diese nicht mittragen konnte. Ich wollte aber auch nicht gegen Windmühlenflügel kämpfen. Dass wir 2007 mit der abgespeckten Ausgabe in der Reihe Basiswissen einen Neuanfang wagten, hängt auch mit dem Abflauen der Atypika-Euphorie zusammen. Seither lautet meine Empfehlung: »Es lohnt sich durchaus, es mit Dosierungen von drei bis unter 10 mg (Haloperidol) zu versuchen. Die mittleren Dosierungen klassischer Neuroleptika werden aus historischen Gründen eher zu hoch angegeben, die von teuren Antipsychotika der zweiten Generation aus kommerziellen Gründen eher zu niedrig. In jedem Fall gilt es, die individuell verträglichste Dosis für jeden Kranken zu suchen und zu finden.«

Übrigens

Im Patientenratgeber »Umgang mit Psychopharmaka« von Nils Greve, Margret Osterfeld und Barbara Diekmann da heißt es zum Haloperidol, bei einer oralen Tagesdosis von fünf bis 15 mg sei mit einer ausreichenden Wirkung zu rechnen.

Abschließende Bemerkungen

Dies ist ein Bericht. Ich will mich deshalb bewertender Interpretationen enthalten, zumal ich derzeit auf die Möglichkeit eines Brückenschlages zwischen jenen hoffe, die in den Neuroleptika mit gewissen Einschränkungen eher einen Fluch sehen und jenen, die sie, ebenfalls mit gewissen Einschränkungen, eher als Segen betrachten. Allerdings zieht sich durch alle hier angesprochenen Publikationen das erkennbare Bemühen, Neuroleptika im Bewusstsein ihrer unerwünschten Wirkungen nach Risiko-Nutzen-Analyse indiziert und möglichst nebenwirkungsarm einzusetzen - das

heißt ebenso niedriger Dosis wie möglich. Allerdings hat sich die Einschätzung und Bewertung von Risiken über die Jahrzehnte geändert. Anfangs standen die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen ganz im Vordergrund. Das hat sich mit der Einführung des Leponex, auf das ich hier nicht eingegangen bin, schlagartig geändert.

Ein zentrales Problem der Dosisempfehlungen in allen diesen Lehrbüchern besteht darin, dass sie sich einerseits auf Akutsituationen etwa mit psychomotorischen Erregungszuständen beziehen (müssen), andererseits auf die Behandlung außerhalb solcher Zustände im ambulanten oder stationären Raum. So kommen, wie etwa bei Tölle, über die gesamten vier Jahrzehnte hinweg Empfehlungen zwischen drei und 20 mg zu Stande.

Ein weiteres Problem besteht in der unterschiedlichen interindividuellen Empfindlichkeit von eins zu 15, die von fast allen Autoren als Problem angesprochen wird. Hinsichtlich der Depot-Behandlung, die hier ebenfalls nicht angesprochen wird, hat sich die Einstellung bei allen Autoren geändert. Das gilt auch für die Behandlung bei Negativsymptomatik. Sie wäre angesichts der Tatsache, dass es hier kaum mehr Optimismus gibt, eine eigene Arbeit wert. Ähnliches gilt für die Kombination von Neuroleptika. Während in früheren Jahrzehnten die Kombination von hoch potenten und niederpotenten Substanzen eine Strategie zur Vermeidung von extrapyramidalen Nebenwirkungen war, mahnen jetzt alle die Monotherapie an, wohl wissend, dass der Alltag leider anders aussieht. Fast alle Autoren sind Kliniker. Ihr Bild wird durch die Begegnung mit dem akut kranken Patienten auf der geschlossenen Aufnahmestation geprägt. Daran mag es liegen, dass die ambulante Perspektive außer im Zusammenhang mit der Rückfallsprophylaxe allgemein zu kurz kommt.

Zum Schluss ein Satz, den ich meinem Buch 1990 im Zusammenhang mit der polemischen Diskussion darüber, ob Neuroleptika verboten werden sollten, beigefügt und bis heute so stehen lassen habe: Es »besteht Einigkeit darüber, dass eine Schizophrenietherapie ohne den Einsatz von Psychopharmaka heute unter normalen Bedingungen nicht möglich ist.... Ich will nicht sagen, dass die (Kranken) ohne Medikamente nicht leben können oder dass die Symptome nicht ohne

medikamentöse Behandlung nicht oft auch abklingen. Aber bei einem Verzicht darauf muss heute (soziale Desintegration) und unverhältnismässiges Leiden befürchtet werden.“

Die »normalen Bedingungen« bedürfen natürlich der Qualifizierung ich. Sie sind heute alles andere als angemessen. Aber die verantwortlichen Therapeuten müssen mit diesen Bedingungen klar kommen. Dass sie aufgerufen sind, wo immer sie können, zu deren Veränderung beizutragen, steht auf einem anderen Blatt. Unabhängig davon bin ich überzeugt, dass die Autoren und Autorinnen der genannten Publikationen – außer vielleicht Klaus Dörner und Ursula Plog - sich darüber einig sind. Aber auch sie gegen Neuroleptika, nur mit noch mehr Zerknirschung als die anderen.

Zeitgeist hin oder her, ich bin überrascht, wie geringe Schwankungen die Empfehlungen zur Dosierung von Neuroleptika über die vergangenen vier Jahrzehnte aufweisen. Alle Autoren halten sich im Rahmen. Die gefühlten Veränderungen sind anders. Ich hatte mit sehr viel größeren Schwankungen gerechnet, insbesondere mit zahlreicheren Empfehlungen, höher zu dosieren. Zugegeben, in meisten Büchern gibt es Abschnitte zur Hochdosierung. Aber die Autoren tun sich alle mehr oder weniger schwer damit.

Deshalb stellt sich die Frage, warum unsere Erfahrungen im therapeutischen Alltag so anders sind, warum die vernünftigen Empfehlungen nicht eingehalten werden, obwohl sie über lange Zeit und so konstant Lehrbuchwissen gewesen sind. Oder sind unsere Vorstellungen vom Alltag vielleicht zum negativ? Ich bin ziemlich sicher, dass sie stimmig sind. Aber genau das lässt mich einigermaßen ratlos. Die Antwort auf diese Frage ist der Schlüssel zu einer rationalen – und segensreichen – Medikamentenbehandlung bei schizophrenen Psychosen. Ich weiss sie nicht. Gewiss würde es sich lohnen, ihr nachzugehen – mit sozialwissenschaftlichen Methoden.

Literatur

Benkert, O, Hippus, H: Psychiatrische Pharmakotherapie, 1.-3- Auflage, 1974-1980; Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, sechste Auflage 2007

Berger, M.: psychische Erkrankungen, 3. Auflage. Urban und Fischer 2009

DGSP: Memorandum der DGSP zur Anwendung von Antipsychotika. Köln: DGSP 2010

Dörner, K, Plog, U, C Teller, F Wendt.: Irren ist menschlich, Neuausgabe. Psychiatrie-Verlag: Bonn 2002

Finzen A: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1-14. Auflage, 1979 bis 2004; in der Reihe Basiswissen 1-2 (14.-16.) Auflage, 2007-2009 Psychiatrie-Verlag: Bonn

Gaebel, W, Müller-Spahn, F: in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer: Stuttgart 2002

Greve, N, Osterfeld, M, Diekmann: Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patienten-Ratgeber. Balance: Bonn 2005

Machleit, W, Bauer, M, Lamprecht, F, Rose, H K, Rohde-Dachser, C: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 1-6 Aufl. 1973-1999; erste Auflagen: Bauer und andere; danach Kisker und andere. Thieme Verlag: Stuttgart

Möller, H J: Therapie psychischer Erkrankungen, 2. Auflage. Thieme Verlag: Stuttgart 2000

Tölle, R: Psychiatrie, 1-15 Aufl. 1971-2009; erste Auflagen Schulte und Tölle. Springer: Heidelberg

Windgassen, K: Schizophreniebehandlung aus der Sicht der Patienten. Springer: Heidelberg 1989