



zoppH  
Verein für Psychiatriebetroffene

Newsletter Februar 2015/1

## Neuroleptika minimal – warum und wie

**Die Anwendung von Neuroleptika ist unter Abwägung von Nutzen und Risiko als ungünstig anzusehen und die gegenwärtige Anwendungspraxis zu hinterfragen.**

Liebe Mitglieder

Im Dezember 2014 erschien der neuste Bericht von Volkmar Aderhold, Jg. 1954, Dr. med., Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. 1996-2006 Oberarzt im Bereich Psychosen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Seit 2006 am Institut für Soziale Psychiatrie der Universität Greifswald tätig.

Wir freuen uns, Ihnen an dieser Stelle einige wichtige Punkte daraus zu präsentieren, empfehlen Ihnen aber, den ganzen Bericht, den Sie als PDF auf unserer Website finden, auszudrucken und gründlich zu studieren, damit Sie bei der Diskussion über Ihre Medikation mit Ihren Ärzten schlagkräftige Argumente zur Hand haben, falls Sie die Ihnen verordneten Neuroleptika absetzen oder zumindest reduzieren möchten.

### Wirkung der Neuroleptika am Dopamin-Rezeptor

Neuroleptika werden heute auch Antipsychotika genannt, um vorzutäuschen, sie würden wie die Antibiotika die zugrunde liegende Störung beheben, was falsch ist, denn sie haben keine heilende Wirkung. Sie haben lediglich und nur so lange, wie Sie sie einnehmen, eine blockierende Wirkung auf den postsynaptischen Anteil des speziellen Dopamin-Rezeptortyps D2.

### Therapeutisches Fenster und Dosis

Durch neuere bildgebende Untersuchungsmethoden konnte ermittelt werden, dass eine therapeutisch sinnvolle Blockade der D2/3-Rezeptoren in einem sogenannten „therapeutischen Fenster“ von 50-70% erfolgen sollte. Eine Blockade oberhalb der jeweiligen Obergrenze bewirkt keine zusätzliche Symptomreduktion, die Nebenwirkungen nehmen jedoch zu. Manche Nebenwirkungen treten erst jenseits dieser Obergrenze auf. Die Akutdosis, um dieses therapeutische Fenster eines Patienten zu erreichen, ist individuell unterschiedlich, aber generell niedrig. Der optimale Dosisbereich für die meisten vorbehandelten Patienten liegt zwischen 1,9 bis 6,5 mg Haloperidol-Äquivalenten pro Tag. Der Tabelle können Sie entnehmen, wie viel mg eines Medikamentes 1 mg Haloperidol entspricht (Andreasen) und welche Effektive Dosis (ED<sup>95</sup>) pro Tag meist ausreicht (Davis & Cheng):

Produkt	Wirkstoff	1 mg Haloperidol	ED <sup>95</sup>
Abilify <sup>®</sup>	Aripiprazol	3.4 mg	10 mg
Dapotum <sup>®</sup> /Lyogen <sup>®</sup>	Fluphenazin	1.0 mg	
Decentan <sup>®</sup>	Perphenazin	3.7 mg	
Jatroneural <sup>®</sup>	Trifluoperazin	2.7 mg	
Leponex <sup>®</sup>	Clozapin	57.8 mg	400 mg
Megaphen <sup>®</sup>	Chlorpromazin	54.0 mg	
Risperdal <sup>®</sup>	Risperidon	0.7 mg	4 mg
Seroquel <sup>®</sup>	Quetiapin	76.0 mg	150-600 mg
Solian <sup>®</sup>	Amisulprid		200 mg
Zeldox <sup>®</sup>	Ziprasidon	26.5 mg	120-160 mg
Zyprexa <sup>®</sup>	Olanzapin	2.5 mg	16-20 mg

Weil sich die Rückbildung von Symptomen (Remission) unter einer gewählten Dosis über 4 Wochen und länger hinziehen kann, wird im klinischen Alltag die Dosis meist zu früh erhöht und auch dann noch weiter gesteigert, wenn keine weitere Symptomrückbildung mehr zu erzielen ist.

Bei einer Ersterkrankung sollte während den ersten 4 Wochen max. 1 mg Haloperidol-Äquivalent – besser gar nichts – verabreicht werden, denn 40% der Patienten können ohne Neuroleptika behandelt werden.

Je besser die Qualität der psychosozialen-psychotherapeutischen Behandlung ist, desto geringere Dosierungen sind notwendig, resp. je höher die Dosierung, desto kläglicher die Behandlungsqualität einer Klinik.

Je länger eine Behandlung mit Neuroleptika dauert, desto schlechter deren Wirkung; mit der Zeit können sie sogar die Symptome verstärken.

## Neuroleptika der 1. (Typika) und 2. (Atypika) Generation

Die Überbewertung der Neuroleptika der 2. Generation entstand vor allem durch verzerrende Studiendesigns, selektives Publizieren der Ergebnisse und vollständig unpublizierte Studien. Die Psychiatrie ist zum abhängigen, betrogenen und betrüglichen „Paradies der Pharmaindustrie“ geworden. Die Korrektur dieser bis hin zur Korruption reichenden Abhängigkeit dauert immer noch an.

## Überdosierung und Polypharmazie

Obwohl Dosiserhöhungen oft nicht mehr sinnvoll sind, werden Patienten im klinischen Alltag häufig wegen anhaltender Symptome mit überhöhten Dosierungen und/oder einer Kombination aus mehreren Neuroleptika (Polypharmazie) behandelt. Der Nachweis für die Wirksamkeit und Sicherheit der Anwendung mehrerer Neuroleptika ist beschränkt und das Risiko für Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Medikationsfehler erhöht. Im Allgemeinen sollte die Verwendung von zwei oder mehr Neuroleptika vermieden werden, ausser in Fällen nach drei fehlgeschlagenen Versuchen mit einer Monotherapie, einschliesslich eines misslungenen Behandlungsversuchs mit Clozapin. Einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis für den Einsatz von zwei oder mehr Neuroleptika gibt es nicht. Es ist zu vermuten, dass die meisten Patienten nicht darüber aufgeklärt werden, dass dieses Vorgehen keine wissenschaftliche Evidenz besitzt.

Je höher dosiert und je mehr verschiedene Neuroleptika oder andere Substanzen wie Antidepressiva, Lithium, Antibiotika, Antiarrhythmika und Antihistaminika gleichzeitig verabreicht werden, desto mehr Nebenwirkungen sind zu erwarten:

- Metabolisches Syndrom
  - abdominale Fettverteilung, bestimmt durch einen Bauchumfang von über 102 cm bei Männern oder über 88 cm bei Frauen
  - Nüchternblutzuckerwerte von > 100 mg/dl (> 5,6 mmol/l) oder diagnostizierter Diabetes mellitus
  - Fettstoffwechselstörung: erhöhte Triglyceride > 150 mg/dl (> 1,7 mmol/l) oder bereits eingeleitete Therapie zur Senkung der Triglyceride und niedriges HDL-Cholesterol: < 40 mg/dl (< 1,05 mmol/l) bei Männern und < 50 mg/dl (< 1,25 mmol/l) bei Frauen oder bereits eingeleitete Therapie zur Erhöhung des HDL
  - Bluthochdruck (ab > 130 mmHg systolisch und > 85 mmHg diastolisch) oder bereits behandelte Hypertonie
- Bewegungsstörungen
- QTc-Zeit-Verlängerung mit erhöhtem Risiko für plötzlichen Herztod

- Sexuelle Störungen, z.B. Impotenz, Unfruchtbarkeit
- Verstärkte Positiv-Symptomatik
- Verschlechterung der Neurokognition (=Aufmerksamkeit, Erinnerung, verbales Lernen, Kreativität, Arbeitsgedächtnis, Abstraktionsfähigkeit, Sprachflüssigkeit, Denkgeschwindigkeit, Problemlösungsfähigkeit, Orientierung, Vorstellungskraft, Argumentation, Selbstbeobachtung, Wille)
- Vermehrter Abbau der grauen und weissen Substanz, besonders des Frontalhirns, was seit 1998 bekannt ist!

## Weitere Nebenwirkungen und Schädigungen durch Neuroleptika

Schläfrigkeit, Sehstörungen, Mundtrockenheit, Herzrasen, Verstopfung, Harnverhalt, Delir, Blutdruckabfall oder -anstieg, Schwindel, verstopfte Nase, Unruhe, Ängstlichkeit, Wärmeregulationsstörungen, Negativsymptome, Appetitzunahme, Hemmung der Blutgerinnung, Kopfschmerzen, Übelkeit.

Die Dauer der unbehandelten Psychose hat keinen Einfluss auf die Ausprägung der neurokognitiven Einschränkungen, so dass die unterstellten neurotoxischen Effekte akuter Psychosen sich hier nicht bestätigen.

Einschränkungen des subjektiven Erlebens: Selbstzweifel, Empfindung eine andere Person zu sein, Entscheidungsschwierigkeiten, Depressivität, kognitive und emotionale Abstumpfung, verarmte Phantasie, schlechte Verarbeitung externer Stimuli, Schwierigkeiten, Probleme zu visualisieren, sozialer Rückzug. Da auch Personen ohne psychotische Störungen unter Neuroleptika so empfinden, handelt es sich nicht um krankheitsbedingte Effekte.

**Menschen mit psychiatrischen Diagnosen haben eine bis zu 30 Jahren geringere Lebenserwartung und zwar nicht wegen Suizid, sondern wegen koronarer Herzerkrankungen infolge überdosierter Medikation („overshooting“).**

### Postadresse:

Verein zopp  
8000 Zürich

### Postcheckkonto:

60-406084-9  
IBAN: CH92 0900 0000 6040 6084 9

### E-Mail-Adresse:

info@zopp.ch

### Website:

zopp.ch

Für Spenden und Gönnerbeiträge bedanken wir uns im Voraus herzlich!