

Mortalität und Neuroleptika Alternative Wege zur traditionellen Psychiatrie

Volkmar Aderhold

Hamburg

Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

Gliederung des Vortrag

Mortalität und „Schizophrenie“

Mortalität und Neuroleptika

Reduktion und evtl. Absetzen

Recovery: Vermont Studie

4 Wochen warten:

- Soteria
- Bedürfnisangepasste Behandlung

Mortalität und „Schizophrenie“

Verkürzte Lebenserwartung

Lebenserwartung von Menschen mit Schizophrenie
bzw. schweren psychischen Erkrankungen aktuell:

USA (2000): 25-32 Jahre früher

Finnland (2006): 22,5 Jahre früher

Der Unterschied in der Lebenserwartung zur
Normalbevölkerung hat sich in den letzten
Jahrzehnten deutlich vergrößert.

Die Psychiatrie fängt erst an, sich damit
auseinanderzusetzen.

Faktoren erhöhter Mortalität

Suizid: 4,8% Lebenszeit

vor allen nach der 1.+ 2. Episode

vor allem nach Absetzen der NL

Clozapin hat positive Effekte bei Suizidalität

Folge der Psychose selbst, Stigmatisierung,

depressiogene Effekte NL (Dosis), Absetzpsychosen,

mangelhafte therapeutische Beziehung: häufiger Wechsel

Psychedukation?, Trauma! Lebenssituation, Biographie

Ernährung

sozioökonomische Bedingungen

Bewegungsmangel

auch durch neuroleptikabedingte Negativ-Symptome und extrapyramidalmotorische Störungen

Faktoren erhöhter Mortalität

Rauchen

korreliert mit der Höhe der D2 Blockade durch NL

Unfälle

Substanzmißbrauch

Lungenerkrankungen

Lungenembolien und tödliches Asthma auch durch NL

Schlechtere medizinische Versorgung

Mortalität durch Neuroleptika

Plötzlicher Herztod

Metabolisches Syndrom

weitere somatische Erkrankungen

Plötzlicher Herztod

★ bei ca. 4.5 % der Pat. durch NL über 30 Jahre

Bei Typika und Atypika gleich häufig

Dosisabhängigkeit

bestehende kardiovaskuläre Erkrankung

Risikoerhöhung um Faktor 95 bei schwerer
kardiovaskulärer Erkrankung

Polypharmazie: auch Antidepressiva, Lithium, Antibiotika

Substanzabhängigkeit (bes. Melleril)

individuelle Disposition

Was tun ?

Regelmäßig EKG

bei Medikamenten-Wechsel: 3 x monatlich

bei Herzerkrankungen: evtl. öfter

immer alle 6 Monate

Geringst mögliche Dosis

Möglichst keine Polypharmazie

Metabolisches Syndrom

Metabolisches Syndrom (MS)

Metabolisches Syndrom - Definition

- **HDL-Erniedrigung**
- Hypertonus
- Triglyceriderhöhung
- abdominelle Gewichtszunahme
- erhöhter Nüchtern-Blutzucker
- Diabetes

;

Metabolisches Sndrom

47% der 689 Patienten in der CATIE- Studie hatten ein metabolisches Syndrom (MS).

Ein MS in der Allgemeinbevölkerung findet sich bei ca. 20% in D. (24% in USA)

Beitrag der Neuroleptika/ Atypika zum MS ist nicht sicher einschätzbar, aber vorhanden.

Und welchen Anteil haben daran
die Neuroleptika ?

Metabolisches Syndrom durch Neuroleptika

große Abhängigkeit von der Substanz des NL

geringe Dosisabhängigkeit

individuelle Disposition

Polypharmazie

Folgen des Metabolischen Syndroms

kardiovaskuläre Erkrankungen

Verdopplung des 10-Jahres Risikos

Bei Alter 25 – 44: 6.6-fach erhöhtes Risiko

andere Gefäßerkrankungen

Diabetes

Altersdemenzen

vermehrte Rhythmusstörungen unter NL

Was tun?

Möglichst Übergewicht vermeiden

Hüftumfang

Medikamentenwechsel?

Gewichtsreduktion

Diät und Bewegung

Kontrolle Nüchternblutfette:

3 x monatlich – dann jährlich

Erniedrigung des **LDL**-Cholesterins auf **130** mg/dL

Lipidsenker

Diabetes durch Neuroleptika

Diabetes durch Neuroleptika

Substanz

Individuelle Disposition

Dosishöhe

Polypharmazie

Diabetes auch durch Antidepressiva

Was tun?

Regelmäßige Blutzuckerkontrollen

anfangs 3 x monatlich – dann halbjährlich

in 25% Diabetes auch ohne Übergewicht

Diabetes am Anfang oft reversibel – Med-Wechsel

Auch schon bei erhöhten Glucosewerten ohne
Diabetes mehr kardiovaskuläre Erkrankungen
und Herzinfarkte.

Gewichtsreduktion

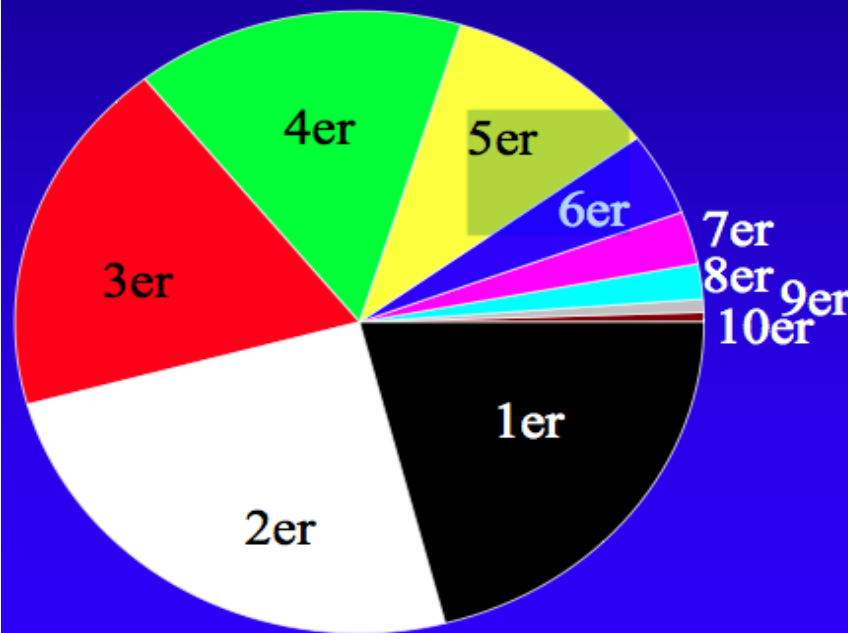
Erniedrigung des **LDL**-Cholesterins auf **100** mg/dL

Diabetesbehandlung

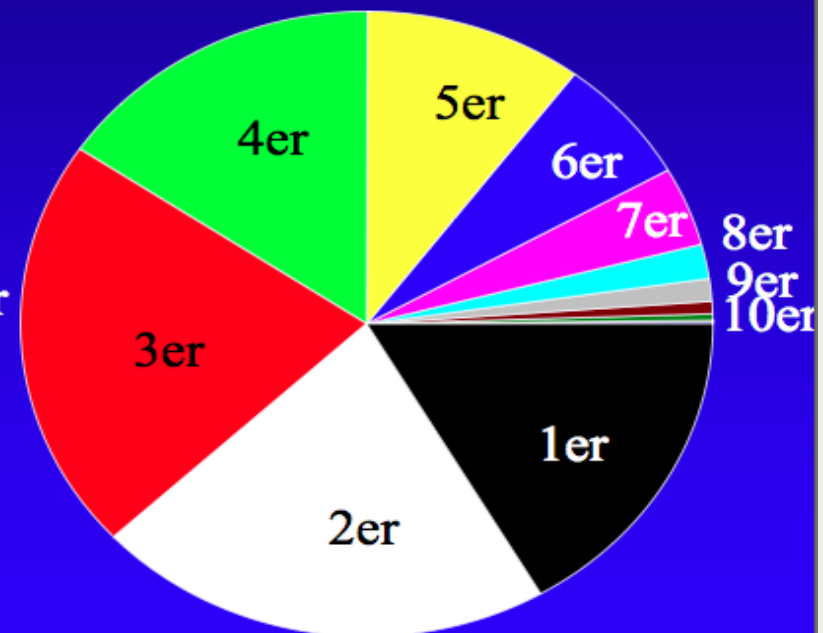
Polypharmazie

Kombinationsvielfalt F20.0

2000



2006



AGATE

Polypharmazie

Zusammenhang mit erhöhter Mortalität

in 2 von 4 Studien

in den qualitativ besseren Studien

(Weinmann et al 2009 Schizo Res)

**OMH Advisory on Antipsychotic Medications
11.20.08**

**Lloyd I. Sederer, MD
Lewis A. Opler, MD, PhD
Jeffrey A. Lieberman, MD**

While some patients may benefit from the use of more than one antipsychotic medication, the research literature **does not support** the effectiveness of **AP polypharmacy**.

Selektive Neuroleptikabehandlung

„Schizophrenie“:

- Pat die **keine NL** benötigen: **40%** - evtl. 60%
- Pat die insgesamt von **NL profitieren: 40% - 50%**
- Pat die NL nur kurzfristig benötigen: **10%** - 30%
- Pat die nicht/kaum ansprechen auf NL: **10 % - 15%**

Andere Psychosen:

- Schizoaffective Psychosen: bis zu 75% ohne NL
- kurze Psychosen: 90 % ohne NL

Was tun?

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen
und darauf reagieren

Minimale Dosis

Langsam reduzieren, soweit wie möglich
mehrere Versuche sind sinnvoll

Evtl. Absetzversuche, wenn Reduktion zuvor gelang.

aus: S3 Leitlinie Schizophrenie DGPPN

Tabelle 4.4 a. Metabolische Untersuchungen unter Antipsychotikatherapie

Bestimmungen	Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	jährlich
■ Körpergewicht (BMI)	×	×	×	×	
■ Hüftumfang	×	×	×	×	
■ Blutdruck	×	×	×	×	
■ Nüchternserumglukose	×	×	×		×
■ Nüchternblutfette	×	×	×		×

(in Anlehnung an: Consensus Statement der American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity 2004)

Tabelle 4.4 b. Weitere Kontrolluntersuchungen unter Antipsychotikatherapie

Bestimmungen	Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	halbjährlich
■ Blutbild ^a	×	×	×	×	
■ Kreatinin	×	×	×		×
■ Leberenzyme	×	×	×	×	
■ Blutdruck/Puls	×	×	×	×	×
■ EKG ^b	×	×			×
■ EEG (nur bei Clozapin/ Zotepin)	×		×		×

^a unter Clozapin in den ersten 18 Wochen wöchentlich, danach monatlich, bei Thioridazin und trizyklischen Antipsychotika ebenfalls häufiger empfohlen

^b unter Clozapin, Thioridazin, Pimozid, Perazin sowie Ziprasidon häufiger empfohlen

OMH Advisory on Antipsychotic Medications

11.20.08

Lloyd I. Sederer, MD

Lewis A. Opler, MD, PhD

Jeffrey A. Lieberman, MD

For all medications the **lowest dose needed** to achieve benefits is the desired dose.

„Für alle Medikamente ist die erwünschte Dosis die niedrigste Dosierung, mit der man Vorteile erreicht.“

N. Andreasen

The New York Times

„Die 1. Folgerung ist, dass diese **Medikamente in der niedrigst möglichen Dosis** verabreicht werden, was bisher nicht der Fall ist. Es gibt einen großen ökonomischen Druck, Patienten rasch auf Medikamente zu setzen, damit sie die Klinik bald wieder verlassen können.“

Reduzieren und evtl. Absetzversuch

- Neuroleptika nie abrupt absetzen, sondern über Monate (evtl. auch länger) langsam reduzieren.

Dosis alle 4-6 Wochen um 10% reduzieren.

Stabilisierung auf jeder Stufe

Absetzen nur, wenn zuvor die Reduktion gelang.

gute Vorbereitung (z.B. Krisenplan)

gute therapeutische Begleitung

begleitende Psychotherapie

mehrere Versuche sind sinnvoll

Absetzen bei seltenen Rezidiven

Lerner et al 1995

N=220

ohne Neuroleptika:

Patienten mit 2 und weniger Episoden in den zurückliegenden 4 Jahren unter NL können gleich gut ohne NL behandelt werden.

mit Neuroleptika:

Je geringer die prophylaktische Dosis, desto geringer die Rückfallrate.

„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.“

Manfred Bleuler:

Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte
langjähriger Kranken- und
Familiengeschichten.

Stuttgart 1972

Und was noch?

Alternativ oder „Paradigmenwechsel“?

Rückkehr der Psychotherapie in die
Behandlung von Menschen mit Psychosen

OMH Advisory on Antipsychotic Medications

11.20.08

Lloyd I. Sederer, MD

Lewis A. Opler, MD, PhD

Jeffrey A. Lieberman, MD

APs alone are not sufficient treatment for a persistent psychotic illness: **a comprehensive approach that combines medications with family work, rehabilitation and recovery is always needed.**

Übersetzung

„Antipsychotische Medikamente sind nicht ausreichend zur Behandlung längerfristiger psychotischer Erkrankungen. Ein umfassendes Vorgehen, das Medikation mit **Arbeit mit den Familien, Rehabilitation** und **Recovery** kombiniert, ist **immer** erforderlich.

NICE Guidelines Schizophrenie 2009

Für jeden Patient obligat:

10 Sitzungen Familientherapie mindestens

16 Sitzungen CBT mindestens

Möglicherweise Kunsttherapie

Keine „Adherence“-Therapie

Therapeutische Begleitung bei Absetzwunsch nach
Information über Rückfallrisiko

Langsame Aufdosierung vom unteren Drittel

Keine Kombinationsbehandlung bis auf kurze Phasen

Leitlinien zu Schizophrenie

Nehmen Sie Einfluss auf die Leitlinienentwicklung für
„Schizophrenie“ in der DPPP !

NICE Leitlinien haben den höchsten
Qualitätsstandard.

NICE 2009 Leitlinien für Schizophrenie wurden
übernommen von Australien, Neuseeland,
Spanien,

AGREE ist eine Bewertungsmethode nach definierten
Kriterien, die von einer internationalen Gruppe von
Experten für Leitlinien vereinbart wurde.

(AGREE Collaboration 2003)³⁶

Practice guideline		AGREE domain (percentage of maximum available score)						Total AGREE score
Code	Developer	Scope/purpose	Stakeholder involvement	Rigour of development	Clarity of presentation	Applicability	Editorial independence	
AT	Austrian Society of Psychiatry and Psychotherapy (2001)	44	17	24	33	0	50	26
AU	RANZCP (2003)	89	58	57	67	44	67	62
CA1	Canadian Psychiatric Association (1998)	67	25	24	42	11	83	36
CA2	College of Physicians of Quebec (1999)	33	8	14	50	0	33	22
CZ	Czech Psychiatric Association (1999)	33	0	5	17	0	50	13
DE	German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Disease (1998)	56	42	29	67	22	33	41
DK	Danish Psychiatric Association (2001)	44	8	10	42	11	50	23
ES	Spanish Society of Psychiatry (2000)	44	17	38	50	0	0	29
FI	Finnish Medical Society (2001)	56	25	71	50	33	67	52
FR	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (1994)	33	17	19	33	11	67	26
GB1	National Institute for Clinical Excellence (2003)	100	75	100	75	89	100	90
GB2	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998)	33	25	81	67	33	100	58
LT	Chief Psychiatrist, Lithuanian Health Ministry (2002)	11	0	5	42	0	50	14
LV	Latvian Psychiatric Society (2001)	33	17	5	42	0	0	20
NL	Psychiatric Association of The Netherlands (1998)	33	17	14	25	0	17	17
NO	Norwegian Psychiatric Association and Health Ministry (2000)	78	25	29	50	0	50	36
SG	Ministry of Health of Singapore (2003)	44	17	38	83	33	50	43
SI	Slovenian Republic Psychiatric Collegium (2000)	11	0	10	42	11	33	16
US1	American Psychiatric Association (2004)	100	42	86	92	33	83	71
US2	Patient Outcomes Research Team (1998)	78	42	62	58	44	50	55
US3	Expert Consensus Panel (2003)	56	25	48	42	11	17	36
US4	Texas Medication Algorithm Project Group (1999)	56	42	14	83	56	33	43
US5	Mount Sinai Conference on Pharmacotherapy of Schizophrenia (2002)	56	0	24	50	0	100	32
ZA	Mental Health Information Centre, South Africa (2000)	11	8	10	50	0	50	19
Average score		50	23	34	52	18	51	37

AGREE, Appraisal Guideline Research and Evaluation Europe; RANZCP, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

Gaebel et al
BJP 2005

Die Erfindung von RECOVERY

TABLE 1
SEVEN LONG-TERM STUDIES

Study	Sample Size	Average Length In Years	Subjects Recovered and/or Improved Significantly*
M. Bleuler (1972 a and b) Burghölzli, Zurich	208	23	53%-68%
Huber et al. (1975) Germany	502	22	57%
Ciampi & Müller (1976) Lausanne Investigations	289	37	53%
Tsuang et al. (1979) Iowa 500	186	35	46%
Harding et al. (1987 a & b) Vermont	269	32	62-68%
Ogawa et al. (1987) Japan	140	22.5	57%
DeSisto et al. (1995 a & b) Maine	269	35	49%

*For schizophrenia subsamples

„Vermont Rehabilitation Study“

- 1955-1965 Irons - Brooks - Harding
- Patienten:
die „Chronischsten“ jemals untersuchten
Patienten
16 Jahre Krankheitsdauer

Vermont Rehabilitation Study

1955-1965 (Irons Brooks Harding)

„Collaboration“ (auf der Seite der Klienten stehen)

Persönliche Ziel

Erwartung von „Recovery“

Alltagsnähe - Alltagsaktivitäten

Integration in Arbeit

Kontakte zu Peers

Kontakt mit Herkunftsfamilien

Training Sozialer Kompetenz und Problemlösung

Gruppentherapie

Vermont Rehabilitation Study

269 Patienten:

die „Chronischsten“ jemals untersuchten Patienten -
16 Jahre Krankheitsdauer - 6 Jahre kontinuierlich
hospitalisiert

Ergebnisse Verlaufsstudie nach 15-20 Jahren

68% keine oder geringe Symptome

64% keine oder eine Hospitalisierungen bis 20 Jahre
nach Studienende

81% Selbstversorger

40% in bezahlter Arbeit

46 % vollständig außerhalb der Psychiatrie

68 % enge oder nähere Freundschaften

Vermont Rehabilitation Study

Medikation im Verlauf (1955-1965)

20% **keine** Neuroleptika verordnet

30% **keine** Neuroleptika genommen

25% **zeitweise** Neuroleptika eingesetzt

25% **kontinuierlich** NL

oft geringe Dosierungen

Symbolische Funktion: „religious use“

Wirksame Faktoren

aus der Sicht der Betroffenen

Jemand, der an mich glaubt.

Jemand der mir gesagt hat, dass auch ich noch eine Chance habe.

Meine eigene Ausdauer, Hartnäckigkeit

Entstehung vom Hoffnung, die sich mit Selbstheilungskräften verbindet.

„Hoffnung kann nur entstehen, wenn Du erkennst, dass es echte Alternativen gibt und dass Du echte Wahlmöglichkeiten hast.“

4 Wochen warten ...

Akutbehandlung ohne Neuroleptika

Eine Untergruppe von ca. 40 % der ersterkrankten akut schizophrenen Patienten kann dauerhaft gleich gut oder besser ohne Neuroleptika behandelt werden kann.

Therapeutisches Vorgehen

Bei Erstbehandlung einer psychotischen Episode,
aber vermutlich auch bei späteren Episoden ...

initial 3 - 4 Wochen Behandlung ohne NL

Geeignete Kontexte:

- Soteria
- Bedürfnisangepasste Behandlung
- Akutstation mit gutem Milieu ?
- Psychosebegleitung in Selbsthilfe ?

Soteria Behandlungsetting

intensive Milieutherapie

„homelike“ – wie zu Hause

6-7 „Bewohner“

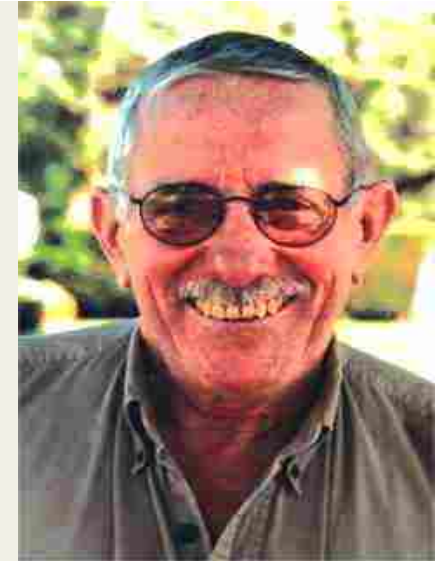
1. (und 2.) Episode mit der Diagnose „Schizophrenie“

Verzicht auf Label „Schizophrenie“

24 - 48 h Schichten

zusätzlich Freiwillige: Mix 1:1 zu „aktiven Zeiten“

Arztfunktion stundenweise



Soteria Behandlungssetting (2)

individuell qualifizierte Mitarbeiter -
„Non-professionals“ –

Erwartung von Gesundheit !!

Psychosebegleitung als **Dabeisein** („being with“)

weiches Zimmer (längst nicht für jeden)

geringe Hierarchie

Integration in soziales Umfeld

Nur 3 einfache Regeln

Keine Gewalt

Keine illegalen Drogen

Keine Sexualität mit Mitarbeitern

Essentielle Wirkfaktoren

nach Mosher u. Ciompi

Psychosebegleitung/ Dabeisein

optimales haltendes angstlösendes Milieu
ohne institutionelle Zwänge

Besondere Kompetenz der Mitarbeiter

Besonderer Dienstplan

Personelle und konzeptuelle Kontinuität

Weitere Wirkfaktoren

nach Mosher

Finden von etwas Bedeutungsvollem im
Leben

Patient ist der Experte, er macht seinen
eigenen Behandlungsplan

Zusammenarbeit mit dem Patienten, auch
wenn er Medikation ablehnt

Das soziale Netzwerk der Ehemaligen u.a.

Grundsätze

Do no harm.

Behandle jeden mit Respekt und erwarte, so behandelt zu werden.

Sicherstellung von Unterkunft, Unterstützung, Schutz, Ruhe, Essen

Recovery und auch Wachstum durch die Psychose erwarten – Selbstheilungskräfte

Wertschätzung der subjektiven Erfahrung

Positive Erklärungen und Optimismus

Gemeinsame Suche nach Bedeutung und Sinn der Psychose in der Biographie

Grundsätze

Plausible Erklärungen mit Betonung von Biographie,
kritischen Lebensereignissen, Triggerfaktoren

Erfahrungen des Gelingens befördern

Kollaboration mit den Bewohnern

Der Betroffene ist der Experte seines eigenen
Behandlungsplans

Das bedürfnisangepaßte Behandlungsmodell

Yrjö Alanen

Klaus Lehtinen

Yukka Aaltonen

Tom Andersen

Jaakko Seikkula

Birgitta Alakare

Strukturelemente NAT

Psychoseteams oder fallspezifische Teams

Flexibilität von Ort und Zeit (hometreatment)

Familien-/Netzwerkstreffen = Therapieversammlung
von Anfang an und so oft wie nötig – anfangs oft täglich

Beziehungskontinuität bis 5 J (in Passung)

Krisenintervention bei Bedarf

Individualtherapie bei Bedarf (50%)

Krisenwohnung (Parachute Projekt)

Nachuntersuchung nach 5 Jahren

Was wirkt?

Kooperation mit Familie und soz. Netzwerk sofort

Aufrechterhaltung natürlicher sozialer Kontexte

Nutzung natürlicher Ressourcen: Familie + Netzwerke

Arbeit im Lebensfeld und natürliche Lösungen dort

Respekt - Gleichwertigkeit – Prozessorientierung

Dialog – „Kollaboration“ - Transparenz

Verstehen der Psychose in Offenheit

Phänomenologisches Psychoseverständnis

Beziehungskontinuität

Neuroleptika selektiv und möglichst wenig

Essenz

Psychiatrische Versorgung ist oft an der Chronifizierung von Patienten beteiligt.

Strukturelle Veränderungen ohne ausgeprägte Psychotherapeutische Kompetenz verbessern nicht den symptomatischen und psychosozialen Outcome.

Erst die optimale Behandlung von kürzer Erkrankten mit psychotherapeutischer Kompetenz kann diese Problematik entscheidend verbessern.

Essenz

Kerninterventionen

Arbeit mit Familien und sozialen Netzwerke
in der unmittelbaren Lebenswelt
eigene Ziele, Stärken und Ressourcen.

Mindestens eine dauerhafte tragfähige therapeutische
Beziehung, die hoffnungsvoll begleitet.

Einzeltherapie bei individueller Indikation

Beziehungskontinuität möglichst über 5 Jahre

Gesundheitserhaltende Faktoren



Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit