



Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie  
Sektion Deutschschweiz

## **Positionspapier der Deutschschweizer Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie SGSP zur Behandlung mit Psychopharmaka**

Die Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen mit Psychopharmaka stellt keinen kurativen, sondern einen symptomorientierten Ansatz dar. Durch den Einsatz von Psychopharmaka können keine Krankheiten geheilt werden. In den westlichen Gesellschaften ist dieser Ansatz weit verbreitet, wird aber auch kontrovers diskutiert. Oft wird die Diskussion ideologisch geführt im Sinne eines „Dafür oder Dagegen“. Der Vorstand der Deutschschweizer Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie bezieht mit diesem Dokument in der Debatte um die Behandlung mit Psychopharmaka eine Position, die neben dem Nutzen der Psychopharmaka auch deren Nachteile aufzeigen soll. Zudem setzt er sich mit diesem Positionspapier dafür ein, dass Psychopharmaka unbedingt leitliniengerecht eingesetzt und die Präferenzen der betroffenen Menschen systematisch einbezogen werden, damit eine sichere Form des Absetzens gewährleistet wird und andere evidenzbasierte Interventionen gleichberechtigt zur Anwendung kommen.

### **Rückblick**

Die eher zufällige Entdeckung der Psychopharmaka in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts war für viele Menschen ein Segen. Die erste Welle der Deinstitutionalisierung psychisch kranker Menschen hätte ohne diese Medikamente vermutlich nicht im gleichen Masse stattgefunden. Diese darf aber nicht ausschliesslich der Einführung der Psychopharmaka zugeschrieben werden. Ohne die zeitgleiche gesellschaftliche Öffnung, wie sie die westlichen Staaten damals erlebten, hätte die Deinstitutionalisierung nicht stattfinden können. In anderen Kulturkreisen (z.B. im damaligen „Warschauer Pakt“) fand eine solche gesellschaftliche Integration von psychisch kranken Menschen trotz Verfügbarkeit von Psychopharmaka nicht im gleichen Ausmass statt. Des Weiteren soll darauf verwiesen werden, dass der Einsatz von Psychopharmaka vielen Menschen das Leben gerettet hat, auch wenn durch deren Einsatz Menschen gestorben sind (Leukopenie unter Clozapin, malignes neuroleptisches Syndrom u. a.).

Die Hoffnung, mithilfe der Psychopharmaka mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen die Integration in die Gemeinde zu ermöglichen, führte u. a. dazu, dass immer höhere Dosen von Neuroleptika verordnet wurden. In den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts kam es zu einer regelrechten „Hochdosisstrategie“. Dabei wurden junge Menschen mit bis zu 80 mg Haloperidoläquivalent behandelt, auch wenn dies in keinem Lehrbuch so empfohlen wurde [1]. Den Patientinnen und Patienten wurden durch die Blockade der Dopaminrezeptoren im Frontalhirn enorme Einschränkungen ihrer Lebensqualität zugemutet. Diese Entwicklung, Berichte von Betroffenen, Angehörigen sowie der Anblick solcher Patientinnen und Patienten in der Öffentlichkeit haben das schlechte Image der Psychiatrie gefestigt: eine Psychiatrie, die mithilfe von Psychopharmaka das Individuum zu einem normgerechten Baustein in einer normativen Gesellschaft formt und sich so nicht in den Dienst des betroffenen Individuums, sondern in denjenigen von gesellschaftlichen Vorstellungen und politischen Rahmenbedingungen stellt.

## **Gegenwart**

Auch wenn die Kritik an diesen Zuständen von innerhalb und ausserhalb der Psychiatrie dazu führte, dass heutzutage ein sehr viel differenzierterer Umgang mit Psychopharmaka gepflegt wird, bestehen immer noch viele Mängel. So wurden durch den Einsatz neuerer Substanzen die zum Teil invalidisierenden und schwer stigmatisierenden extrapyramidal-motorischen Bewegungsstörungen geringer, dafür aber die metabolischen Nebenwirkungen wie Übergewicht, zu hohe Blutfettwerte, Diabetes mellitus Typ II mit den Folgeerkrankungen des Bluthochdruckes und der Artherosklerose häufiger [2]. Ausserdem werden viele Neuroleptika heutzutage „off-label“ verschrieben [3, 4], d. h. nicht gegen psychotische Zustände, sondern gegen andere störende Symptome (z. B. Schlaflosigkeit, Unruhe, Aggression). Auch werden viele Menschen mit leicht und mittelgradig depressiven Episoden mit Antidepressiva behandelt, obwohl es keinen Wirksamkeitsnachweis gibt [5, 6]. Ferner werden Psychopharmaka oft von Nicht-Psychiatern und -Psychiaterinnen verschrieben [7]. Allerdings ist angesichts der Häufigkeit des Einsatzes der Substanzen eine Verordnung ausschliesslich durch Fachärztinnen und Fachärzte unrealistisch. Darüber hinaus wird vielen Betroffenen eine allein psychopharmakologische Behandlung mit Neuroleptika angeboten, jedoch ohne eine psychotherapeutische Unterstützung zu erhalten, obwohl es mehr als genügend Beweise für deren Wirkung gibt [8, 9]. Dies mag ein Grund sein, dass der Anteil der Betroffenen, welche die Medikamente absetzen, bei Neuroleptika sehr hoch ist [10, 11]. Im Bereich der Neuroleptika hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass gegen die sog. Positivsymptomatik die Wirkung von niedrigen Dosierungen äquivalent ist zu hohen, dafür mit geringeren Nebenwirkungen [12] behaftet. Weiter scheint es unklar, ob eine Langzeittherapie gegenüber dem Absetzen bessere Effekte hat [13] und es gibt Hinweise, dass Reduzieren und/oder Absetzen den Genesungsverlauf über längere Zeit sogar verbessern können [14].

Wir stehen also aktuell vor der Situation, dass die in ihrem Indikationsbereich wirksamen Psychopharmaka häufig ausserhalb der eigentlichen Indikation verwendet werden, häufig zu hoch dosiert und oder zu lange verordnet werden. Ferner werden die Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei der Behandlung gar nicht oder nicht genügend einbezogen [11, 15]. Sie werden beim Wunsch, die Medikamente zu reduzieren und allenfalls auch abzusetzen, häufig alleine gelassen, was zu riskanten Vorfällen führen kann [16, 17]. Pharmakotherapien können keine psychischen Erkrankungen heilen. Durch die Linderung von Symptomen können sie dazu beitragen, dass andere therapeutische Interventionen genutzt werden können [11, 18]. Obwohl es zahlreiche evidenzbasierte Therapien und Interventionen neben den Pharmakotherapien gibt, werden Medikamente vielfach als einzige Behandlung verordnet. Dies steht im Gegensatz zu den bestehenden Leitlinien [19] und dem Konzept „Evidence-based Medicine“ [20], die einfordern, dass Nutzende psychiatrischer Angebote vollumfänglich über alle möglichen zur Verfügung stehenden Therapieangebote informiert werden und dabei in einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess („Shared Decision Making“) die für sie beste Therapie aufgrund der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse, ihrer Präferenzen sowie den zur Verfügung stehenden Mitteln gesucht wird.

## **Ausblick**

Der Vorstand der Deutschschweizer Sektion der SGSP setzt sich ein für:

1. eine strenge Indikationsstellung der Therapie mit Psychopharmaka
2. eine möglichst niedrige Dosierung von Psychopharmaka nach dem Grundsatz: so viel wie nötig, so wenig wie möglich
3. die Einschränkung des Off-Label-Gebrauches von Psychopharmaka
4. das konsequente Absetzen oder das Wechseln der Psychopharmaka, falls der Behandlungseffekt nicht überzeugend ist und/oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen überwiegen

5. eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung beim Langzeitgebrauch von Psychopharmaka, insbesondere im Hinblick auf metabolische oder neurologische Langzeitfolgen
6. das Absetzen der Psychopharmaka entsprechend der bestehenden Leitlinie [17, 21]
7. den Aufbau von Sprechstunden zur sicheren Reduktion von Psychopharmaka in allen psychiatrischen Institutionen, um unnötig lange Behandlungen zu vermindern und Patienten beim Absetzen zu begleiten, damit Rückfälle weniger wahrscheinlich sind
8. den konsequenten Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Behandlung und das Respektieren und Unterstützen ihrer Präferenzen mit dem Ziel eines selbstbestimmten Umganges mit Psychopharmaka.

#### Literatur:

1. Finzen, A. *Neuroleptika: Vier Jahrzehnte Dosierungsempfehlungen in ausgewählten Lehrbüchern*. 2010.
2. Leucht, S., et al., *Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis*. The Lancet, 2009. **373**(9657): p. 31-41.
3. Lücke, C., et al., *Off-label prescription of psychiatric drugs by non-psychiatrist physicians in three general hospitals in Germany*. Annals of General Psychiatry, 2018. **17**(1): p. 7.
4. Vijay, A., J.E. Becker, and J.S. Ross, *Patterns and predictors of off-label prescription of psychiatric drugs*. PloS one, 2018. **13**(7): p. e0198363-e0198363.
5. Müller-Oerlinghausen, B., *Antidepressiva sind nur bei sehr schwerer Depression Placebo eindeutig überlegen*. Arzneiverordnung in der Praxis, 2011. **38**(3): p. 60-62.
6. Munkholm, K., A.S. Paludan-Müller, and K. Boesen, *Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis*. BMJ Open, 2019. **9**(6): p. e024886.
7. Dreyer, G. and D. Schuler, *Psychiatrische Diagnosen und Psychopharmaka in Arztpraxen der Schweiz (Obsan Bulletin 1/2010)*. 2010, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
8. Lysaker, P.H., et al., *Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study*. Psychological services, 2010. **7**(2): p. 75-91.
9. Lincoln, T.M. and S. Moritz, *Psychotherapie bei Schizophrenie: Was geht? Verhaltenstherapie*, 2017. **27**: p. 1-2.
10. Lieberman, J.A., et al., *Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia*. New England Journal of Medicine, 2005. **353**(12): p. 1209-1223.
11. Bonsack, C., J. Favrod, and S. Morandi, *À la recherche d'un dosage minimal d'antipsychotiques : construire une décision partagée avec les personnes souffrant de psychose*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2017. **175**(7): p. 617-623.
12. Murray, R.M., et al., *Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics?* British Journal of Psychiatry, 2016. **209**(5): p. 361-365.
13. Sohler, N., et al., *Weighing the evidence for harm from long-term treatment with antipsychotic medications: A systematic review*. The American journal of orthopsychiatry, 2016. **86**(5): p. 477-485.
14. Wunderink, L., et al., *Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy: Long-term Follow-up of a 2-Year Randomized Clinical Trial* Recovery in Remitted First-Episode Psychosis Recovery in Remitted First-Episode Psychosis. JAMA Psychiatry, 2013. **70**(9): p. 913-920.

15. Deegan , P.E. and R.E. Drake *Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process*. Psychiatric Services, 2006. **57**(11): p. 1636-1639.
16. Schlimme, J.E., T. Scholz, and R. Seroka, *Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen*. 2018, Köln: Psychiatrie Verlag.
17. Hall, W., *Harm Reduction-Leitfaden zum risikoarmen Absetzen von Psychopharmaka*, T.I.P.u.F. Center, Editor. 2013, The Icarus Project und Freedom Center: Massachusetts.
18. Klein, J.P., U. Schweiger, and F. Hohagen, *Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2006. **54**(3): p. 155-161.
19. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), *Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. 2019, Springer: Berlin, Heidelberg.
20. Sackett, D.L., et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ (Clinical research ed.), 1996. **312**(7023): p. 71-72.
21. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (SGSP), *Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen*, D.G.f.S. Psychiatrie, Editor. 2014, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: Köln.

Genehmigt vom Vorstand der Sektion Deutschschweiz der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie am 23. August 2019