

## Zur Akzeptanz von Neuroleptika

**„Chemische Zwangsjacke“,  
Therapie-Ersatz  
oder Therapeutikum?**Klaus Windgassen  
Rainer Tölle

**D**ie neuroleptische Therapie schizophrener Patienten zählt zu den besonders überzeugend evaluierten Behandlungsverfahren in der Medizin. Erst diese gute antipsychotische Effektivität ermöglichte die Fortschritte in der Schizophreniebehandlung, die vielen inzwischen schon selbstverständlich erscheinen: Verkürzung der stationären Behandlungszeit; weitaus mehr Patienten als früher können heute von milieu-, sozio- und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren profitieren; oft ist eine ambulante oder teilstationäre (tagesklinische) Behandlung ausreichend; viele zuvor langfristig hospitalisierte Patienten können in sogenannten komplementären Einrichtungen ein mehr oder weniger normales Leben führen; Rezidive sind auf ein Drittel bis auf ein Viertel der Fälle zurückgegangen. Der rezidivprophylaktische Effekt der Neuroleptika konnte inzwischen in mehr als 40 plazebokontrollierten Studien nachgewiesen werden (4). Immer weniger Patienten werden also immer kürzere Zeit stationär behandelt, die Bettenzahlen in der Psychiatrie sind rückläufig.

**Unterschiedliche  
Bewertungen**

Vor diesem Hintergrund mag es erstaunlich erscheinen, wenn in Öffentlichkeit und Medien so gänzlich andere Ansichten und Wertungen das Bild der Neuroleptika bestimmen. Beispielsweise wurde in einer Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Laien Psychotherapie zur Behandlung schizophrener Psychosen mit großem Abstand favorisiert; Psychopharmaka hinge-

gen wurden doppelt so häufig abgelehnt wie befürwortet (1).

An diese weit verbreitete Skepsis wird appelliert, wenn Neuroleptika mit plakativen Formulierungen wie „chemische Zwangsjacke“ oder „chemische Keule“ grundsätzlich abgelehnt werden. Solch medienwirksame Polemik bezieht sich regelmäßig auf die Akutbehandlung. Doch kommen solche Vorbehalte natürlich auch gegenüber der Rezidivprophylaxe zum Tragen; denn wenn schon die kurzfristige Medikation als schädlich angesehen wird, kann auch die langfristige nicht akzeptabel sein.

So diskrepante Einschätzungen der Neuroleptika durch Experten und Laien können nicht ohne Einfluß auf die Compliance der Patienten bleiben. Daher sind die Einwände genauer zu betrachten, und es ist nach ihren Hintergründen zu fragen.

**Die Einwände****Neuroleptika: lediglich  
„moderne“ Beruhigungsmittel?**

Richtig ist: Neuroleptika wirken sedierend; einige recht deutlich, andere nur wenig. Bei manchen Patienten (etwa den akut erregten) ist eine Sedierung durchaus erwünscht. In den meisten Fällen ist sie jedoch ein unerwünschter Begleiteffekt, insbesondere in der Langzeitbehandlung zur Rezidivprophylaxe.

Subjektiv erleben Patienten die neuroleptische Sedierung qualitativ ganz anders als die durch Beruhigungs- oder Schlafmittel (10), auch

wirken Neuroleptika weder muskelrelaxierend noch narkotisch. Vor allem aber besteht kein Abhängigkeitsrisiko.

Anders als Tranquilizer und Hypnotika wirken Neuroleptika gezielt auf psychotische Störungen wie Wahn, Halluzinationen, katatone Symptomatik und sogar Denkzerfahrenheit und Ich-Desintegration. In diesem Sinne spricht man von einer psychisch ordnenden Wirkung der Neuroleptika im Gegensatz zu der global sedierenden durch Beruhigungsmittel.

**Neuroleptika: eine  
„chemische Zwangsjacke“?**

Einige radikale Kritiker der neuroleptischen Therapie behaupten, psychisch Kranke würden mit diesen Medikamenten lediglich ruhiggestellt, gewissermaßen in eine „chemische Zwangsjacke“ gesteckt. Zumindest würden sich die Ärzte mittels der Neuroleptika die Patienten und ihre berechtigten Ansprüche vom Leibe halten. Wie konnte eine solche Auffassung entstehen?

Tatsächlich wurden Neuroleptika in den 70er und 80er Jahren in manchen diktatorischen Regimen kriminell mißbraucht: Politische Dissidenten wurden in psychiatrischen Krankenhäusern interniert und zwangsweise mit Neuroleptika traktiert. Leider ist die Erfahrung keineswegs auf Neuroleptika beschränkt, daß sich verbrecherisches Handeln auch medizinischen Wissens bedient, um mißliebige Menschen zu disziplinieren, einzuschüchtern und zu quälen. Wenn aber gerade diesen Medikamenten überhaupt eine therapeutische Wirkung abgesprochen und jegliche Verwendung für dubios,

Klinik für Psychiatrie (Direktor: Prof. Dr. med. Rainer Tölle) der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

wenn nicht von vornherein für schädlich gehalten wird, müssen demnach andere Gründe eine Rolle spielen.

Zunächst ist einzuräumen, daß Neuroleptika tatsächlich eine motorische oder psychische Einengung hervorrufen können. Das nannte man Nebenwirkungen, und mancher Arzt hielt sie auch für eine Nebensache. Aber selbst die reversiblen unerwünschten Begleiteffekte können den Patienten beträchtlich belasten, und sie werden inzwischen weitaus mehr beachtet als in der Anfangszeit der Psychopharmakotherapie. Man spricht heute geradezu von einer „nebenwirkungsgeleiteten“ Therapie (2), bei der Verhältnismäßigkeit und therapeutischer Nutzen der Medikation sorgsam abzuwägen sind.

Bei den meisten (akut) psychotisch Kranken wirken Neuroleptika so schnell und oft auch so durchgreifend, daß Patient und Angehörige, aber auch der behandelnde Arzt immer wieder von dieser Wirkung beeindruckt sind. Es ist die Kunst des Psychiaters, durch überlegte Wahl des Medikamentes und der Dosierung die Ausprägung unerwünschter Begleiteffekte gering zu halten; ganz vermeiden kann er sie nicht.

### **„Gehirnwäsche“ und „Persönlichkeitsveränderungen“ durch Neuroleptika?**

Dieser Einwand klingt weniger polemisch als der zweite, geht im Grunde genommen aber noch weiter: Neuroleptika sollen den Patienten nicht nur belasten, sondern regelrecht schädigen, insbesondere seine Persönlichkeit zerstören.

Für den Laien hat dieser Vorwurf eine augenscheinliche Plausibilität: Ihm fällt – vor allem nach Abklingen der akut-psychotischen Symptomatik – die motorische Einengung und Verlangsamung des Patienten auf. Vielleicht hört er auch die Klagen über unangenehme subjektive Medikamentenwirkungen. Schnell wird dann übersehen, daß diese Nebenwirkungen bei einer Therapie auftreten, die eine in der Tat potentiell persönlichkeitsverändernde Erkrankung bekämpft. Es gibt aber keinen Hinweis dafür, daß Neuroleptika anhaltende Veränderungen des Erlebens

und Befindens im Sinne der behaupteten Persönlichkeitsveränderung hervorrufen.

### **Neuroleptika: „Symptomkosmetik“ statt Therapie?**

Nach dieser Auffassung werden die psychischen Symptome mit Neuroleptika ganz inadäquat bekämpft, nämlich lediglich palliativ. Symptome so zu unterdrücken, habe mit Heilung nichts zu tun, sondern verhindere sie möglicherweise sogar, weil die Auseinandersetzung mit den „wirklichen“ Ursachen unterbleibe. Diese Version der Kritiker von Neuroleptika ist unter Laien weit verbreitet, gelegentlich aber auch von Ärzten und Psychologen zu hören. Doch sind nicht nur die zugrunde gelegten Kausalitätsvorstellungen einseitig und in ihrer Simplifizierung falsch; vor allem mißachtet dieser Einwand das Leiden des Patienten, der in der Psychose unerträglichen Ängsten und quälenden Beschwerden ausgeliefert ist.

### **Neuroleptika: schlechter Ersatz für Psychotherapie?**

Neuroleptika würden, so die Meinung, überhaupt nur eingesetzt, weil die indizierte Psychotherapie unterbliebe, etwa weil der behandelnde Arzt nicht psychotherapeutisch ausgebildet sei oder Psychotherapie aus einem naturwissenschaftlichen Verständnis von Medizin ablehne. Wenn hingegen das psychotherapeutische Behandlungsangebot (oder vielleicht nur die persönliche Zuwendung) ausreichend sei, brauche man überhaupt keine Neuroleptika. Das klingt irgendwie plausibel – trifft aber grundsätzlich nicht zu. Psychotherapie und Psychopharmakotherapie stehen nicht in einem derart einfachen Verhältnis zueinander, wie es diese Polarisierung nahelegt.

Sowohl somatotherapeutische wie psycho- und soziotherapeutische Behandlungsansätze sind in der Schizophreniebehandlung nachweislich wirksam. Aber die Diskussion über Psychotherapie und Pharmakotherapie ist in der Psychiatrie nicht bei einem Entweder-Oder stehen geblieben, sie ist schon weiter fortgeschritten.

Wir wissen heute, daß es nicht sinnvoll ist, Psychotherapie und Pharmakotherapie alternativ gegenüberzustellen. Vielmehr ist nach den Beziehungen dieser unterschiedlichen Therapieansätze im Rahmen einer Gesamtbehandlung zu fragen.

Empirische Untersuchungen ergaben hierzu interessante Befunde. Nur ein Beispiel: In vergleichenden, kontrollierten Studien zur Rezidivprophylaxe zeigte sich, daß Rückfälle schizophrener Patienten unter Neuroleptika sehr viel seltener waren als unter Plazebo oder unter Psychotherapie. Am wenigsten Rückfälle (also die besten Therapieergebnisse) waren aber in der Patientengruppe zu verzeichnen, die mit Neuroleptika und gleichzeitig mit Psychotherapie behandelt wurden (3). Anders ausgedrückt, erst unter neuroleptischem Schutz konnten die Patienten in optimaler Weise von Psychotherapie profitieren. Es gibt also offenbar auch somatische Voraussetzungen (in diesem Fall Neuroleptikawirkungen), die die Effektivität von Psychotherapie erhöhen. Übrigens gelangen eine Reihe von Studien zu entsprechenden Ergebnissen bei depressiven und neurotischen Patienten.

### **Motive grundsätzlicher Ablehnung**

Selbstverständlich gibt es Situationen in der Behandlung schizophrener Patienten, in denen ein Verzicht auf Neuroleptika indiziert ist. Aber eine grundsätzliche Ablehnung widerspricht allen empirischen Befunden und ist einer ausschließlich rationalen Argumentation offenbar nicht zugänglich.

Schizophrene Psychosen betreffen die Person des Patienten in ihrem Kern, und allein die Möglichkeit einer solchen existentiellen Erschütterung läßt diese Krankheit auch dem Gesunden bedrohlich erscheinen. Entlastung und Abwehr dieser Bedrohung verspricht, was (psychodynamisch gesehen) als Verleugnung bezeichnet wird: Wer kein Neuroleptikum einnimmt, ist nicht psychisch krank, und wenn Neuroleptika abgeschafft werden, gibt es auch keine Psychosen. Das ist irrational, aber offenbar verführer-

risch und häufig anzutreffen: Schon über 50 Jahre vor den Neuroleptika wurden die damaligen Medikamente zur Schizophreniebehandlung mit den gleichen Argumenten wortwörtlich als „chemische Zwangsjacke“ zurückgewiesen (11).

Andererseits wird, wie eingangs erwähnt, Psychotherapie als Behandlungsform schizophrener Psychosen durchaus akzeptiert. Geht es also doch nur um die Ablehnung bestimmter Medikamente und nicht der beunruhigenden Krankheit? So wie hier Psychotherapie laienhaft verstanden wird, bedeutet es:

Der Patient kann sich, angeleitet durch einen kundigen „Therapeuten“, letztlich aber im wesentlichen aus eigener Kraft von der Erkrankung befreien, die dadurch an Bedrohlichkeit verliert. Es scheint hingegen schwer akzeptabel zu sein, daß ganz zentrale Bereiche unserer Persönlichkeit und unseres Erlebens so stark somatisch verankert zu sein scheinen und entsprechend somatotherapeutisch beeinflusst werden können.

### Patientenerfahrungen

In der hier skizzierten Kontroverse zwischen psychiatrischen Experten und Laien kommt dem Urteil der eigentlich Betroffenen, nämlich der schizophrenen Patienten, maßgebliches Gewicht bei. Sie sind größtenteils von dem heutigen Ansatz antipsychotischer Therapie zu überzeugen, der sich sowohl neuroleptischer wie auch psychotherapeutischer Verfahren bedient. Natürlich bleibt es nicht aus, daß Patienten, insbesondere wenn sie sich nicht sorgfältig oder einseitig behandelt sehen, Kritik an der Neuroleptikaverwendung üben. Das ist ihr gutes Recht. Auch für die besondere Wachsamkeit und kritische Einstellung von Angehörigenverbänden gerade in dieser Hinsicht müssen Ärzte Verständnis aufbringen. Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen erfährt man aber auch immer wieder, daß die Neuroleptika-Kritik häufig in einem bestimmten Kontext steht, daß sie nicht verabsolutiert wird und Neuroleptika nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Viele Patienten wissen sehr wohl, daß sie

für die ausgezeichneten therapeutischen Effekte dieser Medikamente gewisse Beeinträchtigungen in Kauf nehmen müssen. Nach empirischen Untersuchungen beurteilen schizophrene Patienten Neuroleptika überwiegend positiv, eine zustimmende Bewertung ist einigen Studien zufolge etwa doppelt so häufig wie die Ablehnung der Medikamente (8, 9, 10). Die Rate von „non-compliance“ ist unter Neuroleptikatherapie offenbar nicht oder kaum höher als unter anderen, etwa internistischen medikamentösen Behandlungen (5, 6, 7).

Viele Patienten finden zu einer bemerkenswert sachlichen Einschätzung der Neuroleptika. So schreibt ein (ehemalig) Kranker in einer Zeitschrift, die von Patienten geschrieben und herausgegeben wird: „Die Neuroleptika, wie ihr Name schon sagt, wirken auf das Nervensystem und das Gehirn. Es gibt Patienten, die Jahre – oder sogar jahrzehntelang hohe Dosen davon einnehmen müssen, um lebensfähig zu sein. Ist es richtig, daß damit eine Gefährdung des Denkens, des Sprechens, der Sprachtätigkeit überhaupt besteht? . . . Es wird klar, daß die Neuroleptika. . . das Denken und Bewußtsein in andere Bahnen lenken – solche, die neue, gangbare Wege für den/die Betroffene/n bedeuten. . .“.

Viele therapeutische Möglichkeiten werden erst durch Neuroleptika erschlossen. Sie dann auch für und mit dem Patienten zu entwickeln, ist die Verpflichtung, die der Arzt mit der Medikamentenverordnung eingeht. Denn schließlich ist die Behandlung Psychosekranker mehr als nur neuroleptische Therapie.

Zitierweise dieses Beitrags:  
Dt Ärztebl 1995; 92: A-2076–2078  
[Heft 30]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über die Verfasser.

#### Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Rainer Töle  
Klinik für Psychiatrie  
der Westfälischen  
Wilhelms-Universität Münster  
Albert-Schweitzer-Straße 11  
48149 Münster

## 5-Fluorouracil und Folinsäure beim Kolonkarzinom

In einer gepoolten Analyse der Ergebnisse zweier europäischer und einer kanadischen Multicenterstudie wurde die Wirksamkeit einer adjuvanten Chemotherapie mit 5-Fluorouracil und Hochdosis-Folinsäure bei Patienten nach kurativer Operation eines Dukes-B- und C-Kolonkarzinoms überprüft.

In allen drei Studien wurden prospektiv plazebokontrolliert identische Therapiekonzepte mit 5-Fluorouracil (370 bis 400 Milligramm/m<sup>2</sup>) und Folinsäure (200 Milligramm/m<sup>2</sup>) über fünf Tage alle 28 Tage in sechs Zyklen durchgeführt. 1 493 Patienten konnten in die Studie eingeschlossen werden (Dukes B 56 Prozent, Dukes C 44 Prozent), die Nachbeobachtungsdauer betrug drei Jahre.

Die Therapie mit 5-Fluorouracil/Folinsäure senkte signifikant die Mortalität um 22 Prozent und die Rezidivrate um 35 Prozent, die Drei-Jahres-Überlebensrate stieg von 78 auf 83 Prozent und die Rate der Rezidivfreiheit von 62 auf 71 Prozent. Die Compliance mit dem Therapieprotokoll war gut, über 80 Prozent der Studienpatienten durchliefen alle sechs Zyklen der Chemotherapie. Schwere Nebenwirkungen (Mukositis, Diarrhoe, Nausea) traten in weniger als 3 Prozent der Patienten auf, ein Patient verstarb an den Folgen der Myelotoxizität.

Die Autoren bewerten die adjuvante Chemotherapie mit 5-Fluorouracil und Folinsäure beim Kolonkarzinom als wirksam und ausreichend sicher und heben bei vergleichbarer Effektivität die kürzere Behandlungsdauer gegenüber der derzeitigen Standardtherapie mit 5-Fluorouracil und Levamisol hervor. acc

International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trials (IMPACT) investigators: Efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in colon cancer. Lancet 1995; 345: 939–944.

Dr. S. Marsoni, Istituto Mario Negri, Laboratory of Cancer Clinical Epidemiology, Via Eritrea 62, 20157 Mailand, Italien