

Absetzen - aber wie?

Kurzvortrag von Dr. Martin Stokowy auf der Fachtagung „Gratwanderung Psychopharmaka“ am 10. Oktober 2008

Das Weglassen verordneter Medikamente stellt eher die Regel als die Ausnahme dar. Die Häufigkeit der Nichteinnahme liegt nach einer Schätzung der WHO für chronische Erkrankungen bei 50%. (Sabaté 2003) Trotzdem wird das einseitige Absetzen oft als Charakteristikum bei chronisch psychisch Erkrankten und hier insbesondere bei Erkrankten aus dem schizophrenen Formenkreis dargestellt. Das Weglassen der Medikamente führt oft zu Beziehungsstörungen zwischen Arzt und Patient. Somit stellt die gemeinsame Wahl einer Behandlungsstrategie einen wesentlichen Faktor des verantwortungsvollen Umgangs zwischen Arzt und Patient dar.

Dass die Pharmakotherapie psychischer Störungen ein Angebot darstellt, das vom Patienten ebenso angenommen oder ausgeschlagen werden kann wie z.B. soziotherapeutische Maßnahmen, gerät oft von Seiten der Behandler aus dem Blick, es entsteht dann eine Konstellation, die im Englischen griffig als „mission to cure“ bezeichnet wird.

Die Voraussetzung für einen gegenseitig offenen und verantwortlichen Umgang ist die geteilte Verantwortlichkeit.

Zur Verdeutlichung dieser Position im Umgang mit therapeutischen Angeboten kann darauf hingewiesen werden, dass es nicht (nur) der Arzt ist, der (möglicherweise) mit seiner therapeutischen Intervention über das Schicksal des Patienten entscheidet, sondern es ist (sicher auch) der Patient, der über das Schicksal der therapeutischen Intervention entscheidet.

Betrachtet man das Absetzen von Medikamenten ganz allgemein, kann das einseitige Absetzen von Absetzen im gegenseitigen Einverständnis unterschieden werden.

Mögliche Gründe für das einseitige Absetzen (i.d.R. durch den Patienten) sind

- das fehlende Einverständnis mit der (medikamentösen) Therapie, etwa als Angst vor Fremdbeeinflussung, Ambivalenz der (gesamten) Behandlung gegenüber, auch in der Familie des Patienten
- nicht zu tolerierende Wirkungen wie Abschirmung, Agitiertheit oder Hemmung
- nicht zu tolerierende unerwünschte Wirkungen wie Libidostörungen, über die oft nicht gesprochen werden
- die Unwirksamkeit der Medikation oder
- das Krankheitsmodell: „nehme ich Medikamente, bin ich krank, nehme ich keine, bin ich gesund“.

Wenn ein Patient seine Medikation einseitig, und das heißt oft verdeckt, absetzt, kann es typischerweise zu folgenden Problemen kommen:

- Absetzphänomene durch zu rasches Absetzen, die nicht nur bei Benzodiazepinen, sondern auch bei Antidepressiva, Neuroleptika oder bei älteren Patienten mit einem Medikamenten-Mix auftreten (induziert durch Wechselwirkungen mit z.B. internistischen Medikamenten)
- Beziehungsstörungen zum Behandler mit fruchtlosen Diskussionen über Dosierung, Wirkungen, Nebenwirkungen u.ä.m, obwohl die Medikamente schon längst nicht mehr eingenommen werden
- Beziehungsabbruch, gerade wenn Uneinigkeit über die Fortführung der Medikation besteht.

Die klinische Erfahrung kann den Behandler lehren, dass die angebotene Medikation nicht, nicht in der verordneten Dosierung oder nur vorübergehend eingenommen wird.

Von beiden Seiten sollte die Möglichkeit, dass die Medikamente abgesetzt werden könnten, in Betracht gezogen werden; der Patient sollte über die dabei möglicherweise auftretenden Effekte aufgeklärt werden; gegebenenfalls sollte über eine Probetherapie mit verschiedenen Präparaten über einen definierten Zeitraum gesprochen werden, um so dem Patienten eigene differenzierte und begleitete Erfahrungen mit medikamentöser Therapie zu ermöglichen.

Damit könnte eine gemeinsame Entscheidung von Behandler und Patient über die Pharmakotherapie getroffen werden.

Mögliche Motive für das Absetzen einer Medikation im gegenseitigen Einverständnis sind:

- es besteht keine Indikation zur Behandlung mehr
- das Medikament ist unwirksam/Umsetzen
- es bestehen nicht zu tolerierende unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- der Auslassversuch beim Eindruck nicht ausreichender Wirksamkeit.

Dabei sollte die Absetzgeschwindigkeit um so geringer sein, je länger das Präparat eingenommen wurde, je höher dessen Dosis ist und je stärker ausgeprägt die behandelte Symptomatik ist/war. Kommt es während des Absetzens zu Krankheitssymptomen, so können Absetzphänomene von Rezidiven unterschieden werden, indem der letzte Reduktionsschritt rückgängig gemacht wird. Symptome als Ausdruck von Absetzphänomenen sollten so unmittelbar sistieren, die Symptome eines Rezidivs nicht.

Während des Absetzens sollten nicht zu viele (auch nicht-medikamentöse) Änderungen vorgenommen werden, da sonst die korrekte Zuordnung von beobachtbaren, psychischen Veränderungen schwieriger wird.

Zielkriterium bei jeder Form von Auslassversuch sollte die Stabilität in der Situation des Patienten bleiben.

Literaturauswahl:

Moncrieff J: Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. Psychiatr Scand 2006; 1-11

Meltzer HY: Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: an idea whose time has come. Arch Gen Psych; 1995; 52(3); 200-202

Sabaté E: Adherence to long-term therapies - Evidence for action. WHO 2003

Tranter R, Healy D: Neuroleptic discontinuation syndromes. J Psychopharmacol; 1998; 12; 401

Veröffentlichung in „Soziale Psychiatrie“ Juli 2009