

„Lieber dick und geistig da...“

Patienten beurteilen Clozapin

Zusammenfassung: Fragestellung: Im Rahmen einer explorativen Studie wurde die subjektive Beurteilung der Behandlung mit Clozapin durch schizophrene Patienten untersucht. **Methode:** Mit 80 Patienten wurde bei Entlassung aus der stationären bzw. tagesklinischen Behandlung ein problemzentriertes Interview durchgeführt. **Ergebnisse:** Neben erwarteten Effekten (Besserung bzw. Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes, antipsychotische Effekte) wurde von den Patienten überraschend häufig die beruhigende und entspannende Wirkung von Clozapin sowie die Verbesserung des Schlafes als positiv hervorgehoben. Zwar wurde bei Absetzen des Medikaments von mehr als der Hälfte der Befragten mit einer Verschlechterung des Zustandes gerechnet, aber nur jeder fünfte Patient befürchtete das Wiederauftreten der Psychose. Unter den negativen Effekten rangieren mit Abstand an erster Stelle Müdigkeit und Sedierung. Das Ausbleiben extrapyramidaler Nebenwirkungen wurde klar als ein Vorteil von Clozapin vermerkt. Nur jeder zehnte war sich der Risiken für das hämatopoetische System bewußt. Den obligatorischen Blutbildkontrollen standen überraschend viele Patienten gleichgültig gegenüber bzw. hatten keine Meinung dazu. **Diskussion:** Mögliche Implikationen bezüglich Patientenaufklärung und Compliance werden diskutiert.

„I'd Rather be Fat and Clearheaded ...“: Objective: Subjective evaluations by schizophrenic patients of clozapine treatment were assessed as part of an exploratory study. **Methods:** A problem-centred interview was carried out with 80 patients at discharge from in-patient or day hospital treatment. **Results:** In addition to expected effects (improvement or stabilisation of one's state of mental health, antipsychotic effects), patients surprisingly often highlighted clozapine's calming and relaxing effect as well as improved sleep as particularly positive. While more than half of the respondents expected a worsening of their condition in case they stopped taking their medication, only every fifth patient feared a relapse. Among the negative effects, fatigue and sedation were cited by far the most often. The absence of extrapyramidal side effects was clearly noted as an advantage of clozapine. Only every tenth of those questioned was aware of the risks for the haematopoietic system associated with the drug. With regard to the obligatory blood tests, a surprisingly large number of patients was indifferent or stated that they

Katrin Boitz, Matthias C. Angermeyer, Leipzig;
Walter Löffler, Mannheim; Peter Müller, Göttingen;
Stefan Priebe, London

had no opinion on the matter. **Discussion:** Possible implications for patient information and compliance will be discussed.

Kontrollierte klinische Studien wie Anwendungsbeobachtungen haben zum Ziel, die erwünschten und unerwünschten Effekte eines Medikaments systematisch zu erfassen. Üblicherweise werden in diesen Studien erprobte quantitative Erhebungsinstrumente eingesetzt, um eine möglichst objektive Beurteilung der Medikamentenwirkung zu erreichen. Dabei wird allerdings geflissentlich übersehen, daß die Angaben der Patienten auf die sich derartige Untersuchungen zu einem nicht unwesentlichen Teil stützen keineswegs objektiv sind, sondern durch deren Vorlieben, Einstellungen etc. subjektiv gefärbt sind [10]. Untersuchungen, die explizit die subjektive Bewertung der medikamentösen Behandlung zum Thema haben, bilden eher die Ausnahme [2-4,8,11]. Um eben diese subjektive Sicht geht es in der hier vorgelegten Studie. Wir wollten wissen, wie schizophrene Kranke über die neuroleptische Behandlung, speziell die Behandlung mit Clozapin, denken. Was finden sie gut an diesem Medikament? Was schlecht? Mit welchen Risiken ist diese Behandlung ihrer Meinung nach behaftet? Was würde ihrer Meinung nach eintreten, wenn sie die Behandlung abbrechen würden? Um eine Antwort darauf und noch auf andere Fragen zu erhalten, führten wir mit den Patienten problemzentrierte Interviews [6] durch, in denen diesen Gelegenheit geboten wurde, frei über ihre Erfahrungen mit dem Medikament zu berichten. Wir erhofften uns daraus nicht zuletzt auch Hinweise darauf, welche Gesichtspunkte für die Compliance der Kranken mit der neuroleptischen Behandlung von Bedeutung sein könnten.

Methode

Die Studie wurde gleichzeitig in der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen und am Niedersächsischen Landeskrankenhaus in Göttingen, am Psychiatrischen Krankenhaus Philippshospital in Riedstadt sowie an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle schizophrenen Patienten (ICD-9, 295) im Alter zwischen 18 und 60 Jahren, die während des stationären oder tagesklinischen Aufenthaltes mit Clozapin behandelt und mit der Empfehlung entlassen worden waren, diese Medi-

kation ambulant fortzusetzen. Es wurden insgesamt 104 konsekutiv aus den vier Kliniken entlassenen Patienten in die Studie aufgenommen. Mit den Patienten wurde zum Zeitpunkt der Entlassung ein problemzentriertes „Interview zur subjektiven Krankheitstheorie“ (ISK) durchgeführt, das neben Fragen zur Problemdefinition und bezüglich der Vorstellungen über die Ursachen und die Prognose der Krankheit auch solche zur Behandlung, speziell auch zur Clozapinmedikation, enthielt. Erfragt wurde, welche Auswirkungen, positive wie negative, das Medikament im Alltag hat; was die Folge sein würde, wenn die Patienten das Medikament absetzen würden; ob, und falls ja, mit welchen Risiken bei langfristiger Medikamenteneinnahme gerechnet wurde; weiterhin ob Unterschiede gegenüber den herkömmlichen Neuroleptika wahrgenommen wurden; schließlich wie die bei der Behandlung mit Clozapin notwendigen regelhaften Blutbildkontrollen empfunden wurden. Das Interview wurde auf Tonband aufgezeichnet und anschließend computergestützt inhaltsanalytisch ausgewertet [7].

Von insgesamt 80 Patienten standen auswertbare Interviewtranskripte zur Verfügung. Von den ursprünglich 104 Patienten hatten sich 18 nicht mit dem Mitschnitt des Interviews einverstanden erklärt. In 6 Fällen war die Qualität der Tonbandaufzeichnung für eine Transkription zu schlecht gewesen. Von den verbleibenden 80 Patienten waren 65% Männer. Je ein Drittel war unter 30 Jahre, zwischen 30 und 40 Jahre und über 40 Jahre alt. 74% waren ledig, 37,5% lebten allein, 20% bei den Eltern und 17,5% zusammen mit Ehe- bzw. Lebenspartnern. 32,5% verfügten maximal über einen Hauptschulabschluss, 32,5% hatten die Mittlere Reife und 26% das Abitur. Unter den Subtypen der Schizophrenie war die paranoide Form (ICD-9, 295.3) mit 42,5% am stärksten vertreten, gefolgt von sogenannten schizophrenen Rest- und Defektzuständen (ICD-9, 295.6) mit 36%. Die meisten Patienten blickten bereits auf eine längere Krankheitskarriere zurück. Lediglich 17,5% waren erst einmal, dagegen 46% bereits mehr als fünfmal stationär behandelt worden. Bei 54% betrug die Gesamtdauer der stationären Aufenthalte über ein Jahr. 38 Patienten aus Göttingen wur-

den sechs Monate nach der Erstuntersuchung erneut mit Hilfe des „Interviews zur subjektiven Krankheitstheorie“ interviewt.

Ergebnisse

Positive Effekte der Behandlung mit Clozapin

Am häufigsten – in beinahe einem Drittel der Fälle – konstatierten die befragten Patienten ganz allgemein ohne dies genauer auszuführen, daß es ihnen dank Clozapin *besser ginge*, wobei der Grad der Besserung zwischen „ein bißchen“, „zunehmend“ und „bedeutend“ schwankte (Abb. 1). So resümierte rückblickend ein Patient: „Ich meine im nachhinein, mir geht es besser, also muß es schon die richtige Behandlung gewesen sein“ (104). Das Medikament hätte den Patienten geholfen, es ginge ihnen jetzt (ganz) gut. Einige Patienten (5%) sprachen von einer *Stabilisierung*: „Jetzt fühle ich mich stabiler, nicht mehr so labil“ (211). Davon, daß man wieder völlig gesund sei, war nur in einigen wenigen Fällen die Rede: „Jetzt fühle ich mich ja gesund so wie früher, wo ich gesund war“ (111). Auffallend häufig, von einem guten Viertel der Befragten, wurde die *günstige Beeinflussung des Schlafes* hervorgehoben. Clozapin hätte eine schlaffördernde Wirkung, man könnte mit ihm „gut“, „ruhig“, „fest“, ja „toll“ schlafen. Ein Patient meinte dazu: „Also ich würde sagen, es ist so ein bißchen Schlafmittel, vielleicht weil ich schlafe immer die Nacht durch“ (301). Ebenso häufig wurde die *beruhigende Wirkung* von Clozapin begrüßt. Man sei damit ruhiger, gelassener, ausgeglichener: „Leponex ist ja auch beruhigend...also daß da ein Stoff drin ist...irgend ein Salz oder so was...oder irgend ein Stoff, der dann vielleicht die Nerven langsamer wirken läßt...oder so was...ich bin ja kein Arzt“ (166). Ein anderer Patient erklärte sich den beruhigende Effekt durch eine „Blockierung von Hirnfunktionen“ (201). Vergleichsweise selten wurde auf die Frage nach positiven Effekten von Clozapin dessen *antipsychotische Wirkung* genannt. Nicht einmal jeder fünfte sah darin einen Vorteil des Medikaments. Noch am häufigsten wurde als positiv vermerkt, daß dank des Medikaments die Stimmen leiser geworden seien, diese nur noch am Abend oder nur noch „auf Anforderung“ zu hören oder gänzlich verschwunden seien. Ein

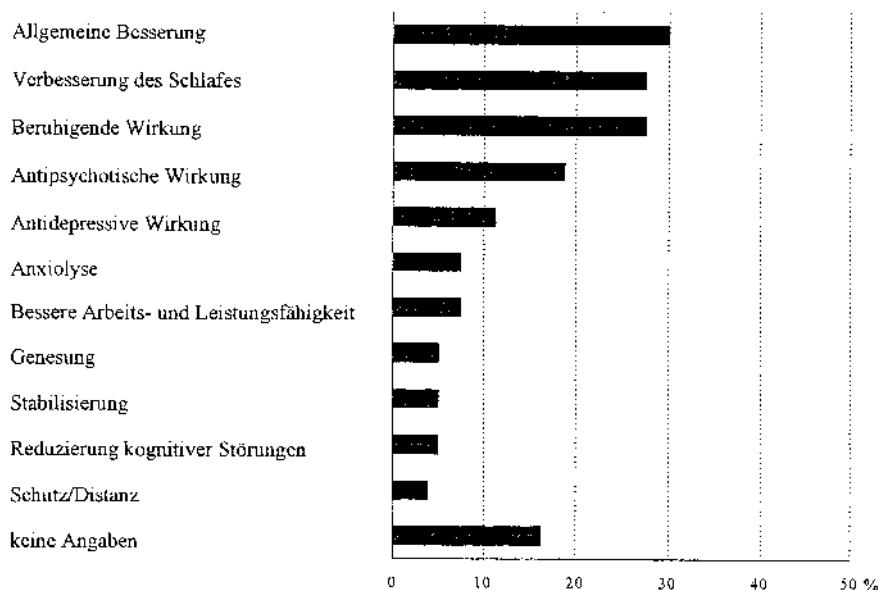


Abb. 1 Einschätzung der positiven Effekte von Clozapin durch schizophrene Patienten zum Zeitpunkt der Klinikentlassung (n = 80).

Patient äußerte sich sehr zufrieden: „Ich sehe da keine Chance für die Stimmen. Ja, das ist das einzige Medikament, was die Stimmen weggekriegt hat“ (153). Immerhin von etwa jedem zehnten Patienten wurde ein *antidepressiver Effekt* konstatiert. Clozapin wirkte stimmungsaufhellend: „Wenn ich ziemlich down bin und nehme dann diese Tabletten... das hilft mir also schon“ (307). Etwas seltener war von einer *anxiolytischen Wirkung* die Rede: „Die Ängste sind weniger da“ (309). Von einigen Patienten wurde die positive *Beeinflussung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit* hervorgehoben. So führte es ein Patient auf das Medikament zurück, „daß ich acht Stunden an der Uni verbringen kann ohne Probleme... daß ich ganz normal auch Sport und so was treiben kann... ohne irgendwelche Einschränkungen“ (132). Einige Patienten erblickten im Medikament einen *Schutz vor der Krankheit*. Ganz im Sinne des Streß-Vulnerabilitätskonzepts argumentierte dieser Patient: „Und so habe ich den Eindruck, das schirmt mich ab..., das schirmt meine Seele ab..., da ich zuwenig geschützt bin und da dieses Medikament, Leponex, mir eher meiner Seele einen Schutz geben kann“ (138). Und ein zweiter Patient überlegt: „Somit hilft es ja... also weil ich so diese Irritationen nicht so stark erlebe... ein bißchen abgeschirmt bin“ (142).

Erwartete Folgen des Absetzens von Clozapin

Aufschlußreich im Hinblick auf die Einschätzung der positiven Effekte eines Medikaments ist auch die Antwort auf die Frage was denn passieren würde, wenn es abgesetzt würde. Beinahe die Hälfte (43,7%) der Befragten rechnete mit einer *Verschlechterung* ihres psychischen Zustands. Am häufigsten (20% der Befragten) wurde die Befürchtung laut, daß man „wieder krank werden würde“ (166). Nach Einschätzung einer Patientin wäre dann „die Möglichkeit des Rückfalls ziemlich groß“ (123). Für einen anderen Patienten stand fest: „Wenn ich's nicht nehmen würde, dann greift die Psychose wieder durch“ (165). Für einen Patienten wäre das eine regelrechte „Katastrophe“ (208). Ein anderer Patient sprach aus Erfahrung: „Wenn ich das weglasse, dann bricht der Himmel über mir zusammen“ (114). Angesichts der oben erwähnten positiven Auswirkungen des Medikaments auf den Schlaf ist es nur folgerichtig,

wenn jeder zehnte Patient nach Absetzen von Clozapin mit Schlafstörungen rechnete. Und 5% befürchteten wieder unruhiger, reizbarer und „aufgerechter“ zu werden. Der umgekehrte Fall, nämlich daß jemand eine *Besserung* seines Zustands erwartet, kam vergleichsweise selten vor. Lediglich 7,5% rechneten damit. Ein Patient glaubte beispielsweise „ohne Medikamente besser..., klarer denken, besser arbeiten zu können, mehr abends ausgehen, spazieren gehen...“ (141). Noch seltener (in 5% der Fälle) kam es vor, daß jemand damit rechnete, daß sich *nichts ändern* würde. 35% der Befragten sah sich außerstande überhaupt etwas zu sagen, 12,5% reagierten auf unsere Frage mit „weiß nicht“.

Negative Effekte der Behandlung mit Clozapin

Wurde einerseits, wie wir oben sahen, die beruhigende Wirkung von Clozapin durchaus begrüßt, so wurde andererseits dessen *sedierender Effekt* beklagt (Abb. 2). Über die Hälfte der Befragten sah darin einen Nachteil dieses Medikamentes. Am häufigsten (40%) war von Müdigkeit die Rede, die offensichtlich den Patienten besonders zu Beginn der Behandlung zu schaffen machte: „Ich hatte eine furchtbare Müdigkeit auf das Medikament“ (144). Daneben fühlten sich Patienten auch gedämpft, schlapp, matt, ja auch benommen und betäubt. So klagte ein Patient: „... ja, es dämpft eben recht stark... ja, als die Dosis noch etwas höher war, da fühlte ich mich eben ziemlich matschig“ (109). Gut ein Fünftel der Befragten führte die von ihnen verspürte *Antriebsminderung* auf die Behandlung mit Clozapin zurück. Am häufigsten macht sich diese darin bemerkbar, daß es den Patienten schwer fällt, morgens aus dem Bett zu kommen: „Es ist ja auch schwer, dann aufzustehen, aus dem Bett 'rauszukommen... das ist mir früher leichter gefallen“ (148). Daneben wird auch über Passivität, Trägheit, Lustlosigkeit und Interessenlosigkeit geklagt: „... ja, daß ich demotiviert bin... früher habe ich viel gelesen und mich mit geistigen Dingen befaßt und heute mache ich das nicht mehr... relativ selten, daß ich noch was lese“ (117). Ebenfalls für rund ein Fünftel der Patienten stellte der gesteigerte *Speichelfluß* eine lästige Begleiterscheinung des Medikaments dar: „Wenn ich aufwache, hab' ich immer so 'nen Fleck im Bett vom Sabbeln“

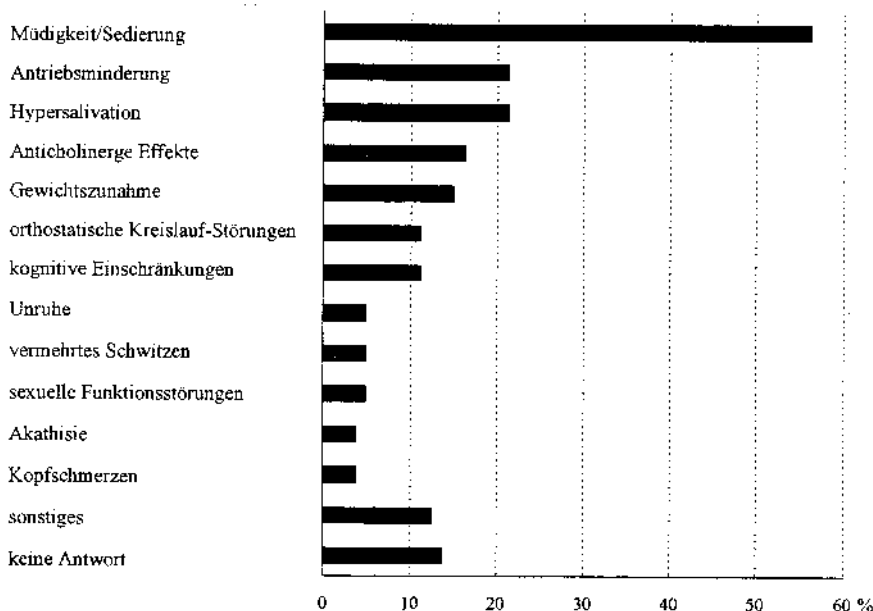


Abb. 2 Einschätzung der negativen Effekte von Clozapin durch schizophrene Patienten zum Zeitpunkt der Klinikentlassung (n = 80).

(111). Diesen Nachteil wiegt allerdings nach Ansicht eines Patienten der positive Effekt auf; „Ich hab' zwar Speichelfluß dadurch, aber ich kann dann wenigstens ein paar Stunden schlafen“ (128). Jeder sechste Befragte berichtete von *anticholinergen Effekten*, wobei am häufigsten über Obstipation geklagt wurde („...da muß man noch Abführmittel nehmen...“ [148]). Ähnlich häufig beschwerten sich Patienten über *Gewichtszunahme*: „... und ich meine, das ist natürlich ein Punkt, was nicht so schön ist bei den Medikamenten, wenn man dann so schwimmen geht, da meint einer: ‚Bist Du aber fett geworden‘ ... und so vielleicht 10 Kilo innerhalb von zwei Wochen und dann kriegt man also so 'ne Spannung auf'm Bauch, als ob man bald platzt...“ (102). Eine andere Patientin trug es eher mit Humor: „Ich weiß nicht genau wie es funktioniert ... aber die Leute, die Leponex nehmen wie ich, die haben alle zugenommen... zur Fülle... aber... lieber dick und geistig da...“ (201). Jeder zehnte klagt über *orthostatische Kreislaufstörungen*, vor allem über Schwindel; „Ich konnte unter dem Leponex, was ich gekriegt habe, nicht arbeiten... Ich habe auf der Leiter gestanden, da ist mir schwindelig geworden“ (149). Ebenso häufig wurden *kognitive Einschränkungen* als negative Folgen der Clozapinmedikation angeführt, insbesondere Konzentrationsstörungen: „... ja, es ist sehr schwer, sich zu konzentrieren...“ (137). Vergleichsweise selten – maximal von 5% der Befragten – wurden auf die Frage nach negativen Auswirkungen der Medikation genannt: sexuelle Funktionsstörungen, vermehrtes Schwitzen, Unruhe, Akathisie und Kopfschmerzen.

Risiken der langfristigen Einnahme von Clozapin

Auf die Frage nach möglichen Risiken bei langfristiger Einnahme von Clozapin wußte bald jeder dritte Befragte keine Antwort. Bald jeder Vierte verneinte, daß dieses Medikament mit irgendwelchen Risiken behaftet sei. Lediglich jeder zehnte war sich des Risikos einer *Schädigung des hämatopoetischen Systems* bewußt: „Diese Blutbildveränderung ist nicht auszuschließen... man weiß es nicht, der eine hat's, wenn man gerade bei dem einen Prozent ist, dann ist es natürlich schon schlimm“ (140). Ein einziger Patient wußte zu berichten, um welche Blutveränderung es sich dabei genauer handelt, war sich allerdings seiner Sache auch nicht ganz sicher: „... das mit den... mit den Leukozyten, nennt man das so ja? ... daß das vielleicht also nicht gut ist, also... Blut ist das Wichtigste

mit, was der Mensch hat also“ (148). Genauso häufig wurde die Befürchtung laut, vom Medikament *abhängig* zu werden: „Ja, ich werde ohne Tabletten überhaupt nicht mehr leben können. Ich bin süchtig danach kann man bald sagen, ja abhängig“ (128). Jeder zehnte Befragte rechnete mit der Möglichkeit, daß es durch die medikamentöse Behandlung zu einer *Schädigung innerer Organe*, insbesondere der Leber, kommen könnte.

Vergleich von Clozapin mit anderen Neuroleptika

Das Votum der Patienten fiel eindeutig zugunsten von Clozapin aus (Abb. 3). Jeder zweite Befragte kritisierte die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen der traditionellen Neuroleptika, namentlich von Haldol, bzw. hob als einen Vorteil deren Ausbleiben bei Clozapin hervor. Am häufigsten wurden Symptome des *Parkinsonoids* genannt: Tremor („Ich hatte schon mal so Zittern... früher... aber das ist nicht mehr...“ [201]), Rigor („... das macht einen vollkommen kaputt... bewegungsunfähig und steif... und man kann nicht mehr reden ... und das fällt beim Leponex weg“ [118]) oder: „Ich habe gedacht, ich bin aus Beton oder so... ich konnte mich kaum bewegen mit dem Zeug“ [208]) und Akinese („Haldol war wahrscheinlich stärker... daß einiges... so bewegungsroboterartig, wenn man Bewegungen macht, daß man halt ganz verlangsamt ist und so vom Gehen her, vom Sprechen, und im Empfinden“ [204]). Ein Patient äußerte sich erbost: „Ja, Haldol ist das letzte Scheißzeug... man läuft 'rum wie ein Roboter und das finde ich also sehr fragwürdig, also würde ich es sofort verbieten, wenn ich die Macht hätte, das zu tun“ (112). Einen weiteren Vorzug von Clozapin stellt das Fehlen der *Akathisie* dar: „Mit Leponex... da kann man ruhig sitzen“ (104). Im Gegensatz dazu Haldol: „Da war ich ja wohl nicht mal fähig, fünf Minuten am Tisch zu sitzen und mein Essen zu essen. Ja so 'ne innere, ist 'ne totale innere Unruhe die man hat... bin noch nie soviel gelaufen in meinem Leben wie in der Zeit“ (212). In schlimmer Erinnerung hatten die Patienten auch die *Frühdiskinesien* behalten, die unter der Behandlung mit herkömmlichen Neuroleptika aufgetreten waren. So berichtete ein Patient: „Ich habe Haldol gekriegt, ich habe dann hatte ich Blickkrämpfe. Ich konnte nicht mehr laufen, konnte mich gar nicht mehr waschen, nicht mehr allein essen, nicht mehr sprechen. Schluckkrämpfe und Speichelfluß sehr viel. Dann kam ich nach Hause, und dann hieß es: Wenn Du so ißt und trinkst, dann kannst Du im Keller essen“ (110).

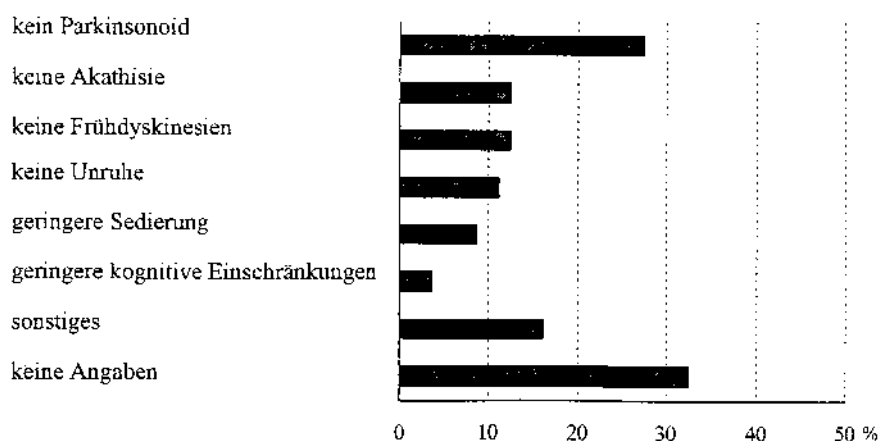


Abb. 3 Vergleich von Clozapin mit anderen Neuroleptika durch schizophrene Patienten zum Zeitpunkt der Klinikentlassung (n = 80).

Beurteilung der Blutbildkontrollen

Jeder vierte Befragte zeigte sich von der Blutbildkontrolle wenig beeindruckt. So stellte beispielsweise ein Patient fest: „Das ist mir ziemlich gleichgültig“ (139). Ein anderer meinte: „Es belastet mich nicht... ich habe nichts dagegen“ (114). Für jeden fünften Patienten stellte die Blutbildkontrolle ausdrücklich etwas Beruhigendes dar: „... weil ich weiß, daß mein Blut und damit auch die Organe... unter Kontrolle stehen“ (123). Ein anderer Patient äußert sich ganz ähnlich: „... beruhigt und abgesichert fühle ich mich da eher, also es ist besser man läßt sich das Blut abnehmen und läßt das kontrollieren, als wie daß man dann so hinterher merkt man kriegt einen laufenden Schaden davon...“ (148). Etwas seltener (bei 14%) kommt eine begrüßend akzeptierende Haltung zum Ausdruck, wie z. B. in der Feststellung: „Das ist ja mein Interesse, meine ich“ (104) oder: „Ich halte das schon für notwendig, daß das Blut abgenommen wird“ (207). Nur etwa jeder zehnte Patient empfand die Blutbildkontrolle als unangenehm und lästig. Noch seltener (5%) zeigten sich die Befragten dadurch verunsichert oder beunruhigt. Ein knappes Viertel der Befragten äußerte sich nicht zu diesem Thema.

Beurteilung von Clozapin sechs Monate nach Klinikentlassung

Wie bereits im Methodenteil erwähnt, befragten wir eine Substichprobe von 38 Patienten erneut sechs Monate später. Die Einschätzung von Clozapin war praktisch identisch mit der bei Klinikentlassung. Dies gilt gleichermaßen für die positiven wie für die negativen Effekte sowie für die Einschätzung möglicher Risiken der Langzeitbehandlung mit diesem Medikament. Lediglich die Gefahr der Verschlechterung ihres Zustandes bei Absetzen des Medikaments war den Befragten jetzt noch bewußter als zuvor (55,3% gegenüber 42,1%). Umgekehrt fiel der Vergleich von Clozapin mit anderen Neuroleptika unverändert zugunsten des ersteren aus. Auch an der Einstellung gegenüber den Blutbildkontrollen hatte sich in der Zwischenzeit nichts wesentliches geändert.

Diskussion

Wenn die Befragten allgemein von einer Besserung bzw. Stabilisierung ihres (psychischen) Gesundheitszustandes dank Clozapin sprachen, so überrascht dies nicht weiter. Auch nicht wenn diese über antipsychotische Effekte berichteten. Zumal die erste Befragung bei Entlassung aus stationärer bzw. tagesklinischer Behandlung erfolgte, also in den meisten Fällen kurz nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik. Ja eigentlich hätte man erwarten sollen, daß mehr Patienten positive Auswirkungen auf die Positivsymptomatik nennen. Eine Erklärung dafür könnte sein, daß so mancher Patient vielleicht bemüht gewesen sein mag, die Tatsache, daß er an einer schweren psychischen Krankheit leidet, im Sinne der „Normalisierung“ zu verdrängen und deshalb auch nicht bereit war, die antipsychotische Wirkung der Medikamente anzuerkennen. Was dagegen überrascht ist, wie häufig die durch das Medikament bewirkte Beruhigung und Entspannung sowie die dadurch erzielte Besserung des Schlafs als etwas Positives hervorgehoben wurden. Man gewinnt den Eindruck, als ob ein nicht unwesentlicher Teil der Patienten in Clozapin mehr einen Tranquillizer oder ein Schlafmittel erblickten als ein Antipsychotikum. Offenbar spielten für die Bewertung des Medikaments dessen unmittelbar spürbaren Effekt auf das Wohlbefinden

finden bald eine größere Rolle als die hierdurch zu erreichende Zurückdrängung der (produktiven) Krankheitssymptome bzw. die Vermeidung ihres Wiederauftretens. Hierzu paßt, daß zwar die Hälfte der Befragten bei Absetzen der Medikation mit einer Verschlechterung ihres Zustandes rechnete, daß aber nur jeder fünfte das Wiederauftreten der Psychose befürchtete.

Unter den von den Befragten angegebenen negativen Effekten rangierte an erster Stelle die Sedierung bzw. vermehrte Müdigkeit. Dies steht im Einklang mit systematischen Untersuchungen zu Nebenwirkungen von Clozapin, bei denen vollstrukturierte Fragebogen oder Ratingskalen eingesetzt wurden [5, 8]. Inwieweit die von den Patienten geklagte Antriebsminderung tatsächlich auf die Behandlung mit Clozapin zurückzuführen ist oder ob es sich hierbei nicht eher um die direkte Folge der schizophrenen Erkrankung im Sinne eines Negativsymptoms handelt, muß offen bleiben. Wie zu erwarten, wurde praktisch von niemandem über extrapyramidal-motorische Störungen geklagt. Den befragten Patienten war dieser Vorzug von Clozapin sehr wohl bewußt. Dies zeigt das Ergebnis des Vergleichs mit traditionellen Neuroleptika. Als der entscheidende Unterschied wurde das Fehlen dieser Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Clozapin hervorgehoben. Die Erleichterung darüber, daß sie nicht mehr durch Symptome des Parkinsonoids, durch Akathisie oder Frühdyskinesien gequält wurden, war unverkennbar. Erstaunlich gering war das Risikobewußtsein ausgeprägt. Gerade jeder zehnte Patient hatte eine – und dann auch nur vage – Vorstellung davon, welche Auswirkungen Clozapin auf das hämatopoetische System haben kann. Ebenso häufig wurde die unbegründete Befürchtung laut, vom Medikament abhängig zu werden – wobei allerdings manche Formulierungen auch so verstanden werden können, daß damit Abhängigkeit mehr in übertragenem Sinn gemeint war. Überraschend wenig schienen den Patienten die bei der Behandlung mit Clozapin obligatorischen Blutbildkontrollen auszumachen. Viele betrachteten es als eine notwendige Maßnahme, um gegen eventuelle Risiken gefeit zu sein, und zeigten sich dadurch eher beruhigt.

Zusammenfassend muß man konstatieren, daß viele Patienten über Sinn und Zweck der neuroleptischen Behandlung wie auch über die damit verbundenen Risiken nur unzureichend informiert schienen. Dies ist um so bemerkenswerter, als man doch davon ausgehen kann, daß Patienten, bei denen eine Behandlung mit Clozapin durchgeführt wird, in der Regel durch die sie behandelnden Ärzte ausführlicher informiert werden als es vielleicht sonst üblich ist. Andererseits sind die von uns Befragten aber auch nicht in den Genuß systematischer psychoedukativer Bemühungen gekommen. Vielleicht wäre ja dann das Ergebnis positiver ausgefallen. Im Hinblick auf die Compliance erscheint uns besonders wichtig, daß vielen der von uns Befragten die Vorzüge des atypischen Neuroleptikums sehr wohl bewußt waren. Dies wie umgekehrt die Tatsache, daß sich die Patienten durch die Blutbildkontrollen weniger belästigt fühlten als man hätte annehmen können, läßt die Hoffnung berechtigt erscheinen, daß die Compliance mit der Clozapinmedikation größer ist als die mit den traditionellen Neuroleptika [1] – eine Hoffnung, die durch die Untersuchungsergebnisse von Naber [8] gestützt wird. Allerdings muß die Einschränkung gemacht werden, daß auch nach Wegfallen der extrapyramidal-motorischen Störungen noch eine Reihe z. T. gravierender Nebenwirkungen besteht, die Anlaß

dafür bieten können, daß die Patienten die Empfehlungen der sie behandelnden Ärzte am Ende doch nicht befolgen.

Danksagung

Die Studie wurde durch die Sandoz AG und die Wander-Pharma GmbH unterstützt.

Literatur

- ¹ Angermeyer MC. Compliance schizophrener Kranker mit Neuroleptika-Medikation In: Möller, H-J (Hrsg.): Langzeiterfahrungen mit Glianimon. Köln: Tropon, 1990: 163 – 177
- ² Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptika und Lebensqualität: Ergebnisse einer Patientenbefragung. Psychiat. Prax. 1999; 26: (im Druck)
- ³ Day JC, Bentall RP, Wagner S. Schizophrenic patients' experiences of neuroleptic medication: a Q-methodologic investigation. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 93: 397 – 402
- ⁴ Finn M, Bailey JM, Schultz RT, Faber R. Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. Psychol. Med. 1990; 35: 843 – 848
- ⁵ Küchenhoff B. Die wichtigsten Nebenwirkungen unter Clozapin (Leponex) und ihre Behandlung. Psychiat. Prax. 1993; 20: 201 – 206
- ⁶ Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. München: Verlags Union, 1989
- ⁷ Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studienverlag, 1990
- ⁸ Naber D. A self rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs. relationship to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. Int. Clin. Psychopharmacology 1995; 10 (Suppl. 3): 133 – 138
- ⁹ Naber D, Holzbach R, Perro C, Hippus H. Clinical management of Clozapine patients in relation to efficacy and side-effects. Br. J. Psychiatry 1992; 160 (Suppl. 17): 54 – 59
- ¹⁰ Retzow A, Emrich HM. Therapie bipolarer affektiver Erkrankungen mit Valproat. Psychiat. Prax. 1998; 25: 163 – 171
- ¹¹ Windgassen K. Schizophreniebehandlung aus der Sicht der Patienten. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1989

BUCHBESPRECHUNG

■ Vom schwachmütigen Mitleid

Karl-Heinz Beine, Leitender Arzt der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Gütersloh, hat sich eines in hohem Maß tabuisierten Themas angenommen: Er untersuchte die bekanntgewordenen Fälle von Tötungen, die medizinisch oder pflegerisch Tätige an ihnen anvertrauten Menschen begangen haben. Von 28 bekanntgewordenen, in den Jahren 1954 – 1990 geschehenen Einzelfällen schildert er die 22, deren Gerichtsakten ihm nicht zugänglich waren, nach den Presseberichten: In der DDR, den USA, den Niederlanden, Japan, der Schweiz, der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Kanada, Österreich töteten Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Krankenschwestern, Schwesternhelferinnen, ein Praktikant, Ärzte in Heimen oder Krankenhäusern Bewohner und Patienten aus unterschiedlichen, teils gar nicht bekannten, Motiven, zumindest in einigen Fällen aber, um „Sterbehilfe“ zu leisten. Für die sechs übrigen, in der Öffentlichkeit teils sehr bekanntgewordenen Fälle schildert er ausführlich nach den Gerichtsakten Täterpersönlichkeit, Situation am Arbeitsplatz und die Tötungen selbst: In den Jahren 1973 – 1990 sind in Wuppertal (zwei Fälle), Rheinfelden, Norwegen, Wien und Gütersloh von Krankenpflegern, Krankenschwestern, Stationshilfen jeweils mehrere Kranke getötet worden. Beine stellt an diesen Geschehnissen auch dar, wie Kollegen oder Vorgesetzte immer wieder die Tötungen nicht wahrhaben wollten, leugneten oder vertuschten, in einzelnen Fällen gar guthießen.

Vor dem Hintergrund dieser Falldarstellungen entwickelt der Autor die Hypothese, eine größere Zahl von Menschen in Heilberufen halte möglicherweise die Tötung kranker und sterbender Menschen unter bestimmten Umständen für gerechtfertigt. Von knapp 8000 Kranken- und Altenpflegepersonen sowie Ärztinnen und Ärzten, die auf eine von ihm bundesweit durchgeführte Befragung antworteten, plädierten immerhin über 40% für die niederländische Regelung, nach der aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen straffrei bleibt, etwa 20% waren in dieser Frage unentschieden. Ebenfalls über 40% der Antwortenden gaben an, sie hätten ein- oder mehrmals schon das Gefühl gehabt, unheilbares Leiden verkürzen zu sollen, über 50% waren der Überzeugung, solches Handeln könne gerechtfertigt sein. Selbst zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe bereit erklären sich allerdings nur deutlich weniger der Befragten.

Dies ist ein wichtiges Buch. Es will und kann mit seiner differenzierten Analyse des Phänomens und einer aufschlußreichen Einstellungsuntersuchung dazu beitragen, daß solche Taten sensibler wahrgenommen und damit weniger wahrscheinlich werden. Es ist ein Plädoyer für das in dem Zitat von Stefan Zweig so genannte „unsentimentale, aber schöpferische Mitleid, das weiß, was es will, und entschlossen ist, geduldig und mitduldig alles durchzustehen bis zum letzten seiner Kraft und noch über diese letzte hinaus.“ Jörg Breitmaier, Karlsruhe

- Beine, K.-H.: **Sehen – Hören – Schweigen**. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. 1998. 348 S. (Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.) DM 56,-

Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer

Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Johannisallee 20
D-04317 Leipzig