AUFKLÄRUNGSBÖGEN ANTIPSYCHOTIKA

Dr. h. c. Peter Lehmann & PD Dr. Andreas Konrad



Peter Lehmann

Aufklärungsbögen Neuroleptika

23. Fachtagung (»Das Zeitalter der Aufklärung – Innovative Informationen zu Neuroleptika«) des NetzG – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz

in Kooperation mit dem Landeskrankenhaus Andernach

Andernach, 20. September 2017

www.peter-lehmann.de/andernach

»Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. (...) Patient, Angehöriger und Betreuer sollten nicht nur über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Zeichen (Symptome) hierfür informiert und bezüglich der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden.« (S. 189 / 203)

DGPPN (Hg.) (2006): »Behandlungsleitlinie Schizophrenie«. Darmstadt: Steinkopff Verlag; Kurzversion im Internet unter

www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf

www.peter-lehmann.de/andernach

AUFKLÄRUNGSBÖGEN ANTIPSYCHOTIKA

Risiken

Reduzieren und absetzen

Klinikangebote

Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz
NetzG-RLP

Pfalzklinikum | Landeskrankenhaus

Aufklärungsbögen Antipsychotika in Leichter Sprache



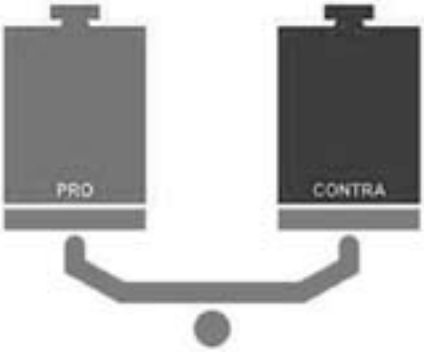
AUFKLÄRUNGSBÖGEN ANTIPSYCHOTIKA

Partizipative Entscheidungsfindung

gemeinsam verantwortete **Übereinkunft über eine angemessene Behandlung**

Voraussetzung

•Arzt und Patient überblicken die zur Entscheidung führenden **Hintergrundinformationen**



AUFKLÄRUNGSBÖGEN ANTIPSYCHOTIKA



AUFKLÄRUNGSBÖGEN ANTIPSYCHOTIKA

Wirkung der Antipsychotika

- antipsychotisch
- stimmungs-stabilisierend
- antimanisch

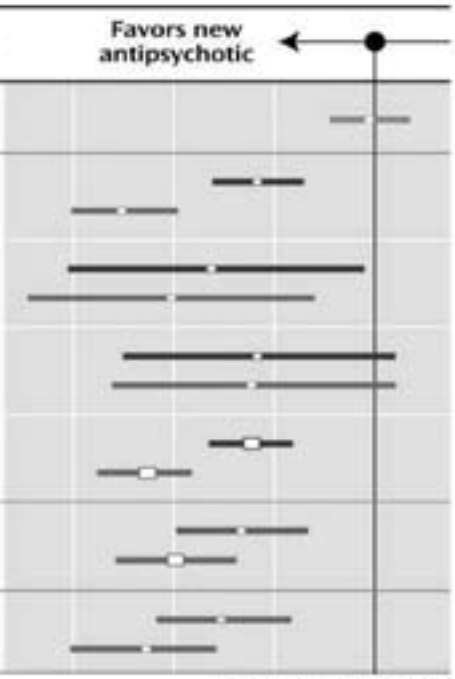
Bayer & Längle, 2008

Häufigkeit der spontan genannten Wirkungen (Patienten n = 135)

	keine Angabe	**46 % (n = 62)**
1.	beruhigend	22 % (n = 30)
2.	Ordnen des Denkens	15 % (n = 20)
3.	Rückgang Wahngedanken	9 % (n = 12)
4.	angstlösend	8 % (n = 11)
5.	Rückgang Halluzinationen	7 % (n = 10)
	einschlaffördernd	7 % (n = 10)
7.	durchschlaffördernd	4 % (n = 6)
8.	mehr Interesse an der Umwelt	3 % (n = 4)
	Verbesserung in der Kontaktaufnahme	3 % (n = 4)
	stimmungsaufhellend	3 % (n = 4)

AUFKLÄRUNGSBÖGEN ANTIPSYCHOTIKA

Antipsychotic	Study	Relapse: Drug	Relapse: Placebo
Amisulpride[b]	Loo et al. (23)	4/69 (6%)	5/72 (7%)
Olanzapine	Beasley et al. (24)	9/224 (4%) (6%)	28/102 (27%) (55%)
	Dellva et al. study 1 (25)	10/45 (22%) (29%)	7/13 (54%) (70%)
	Dellva et al. study 2 (25)	6/48 (13%) (20%)	5/14 (36%) (46%)
	Pooled[c]	25/317 (8%) (11%)	40/129 (31%) (55%)
Ziprasidone[d]	Arato et al. (26)	71/206 (34%) (38%)	43/71 (61%) (78%)
Zotepine[e]	Cooper et al. (27)	4/61 (7%) (9%)	21/58 (36%) (53%)



Leucht et al., 2003

»Mammatumore können die Folge erhöhter Prolaktinkonzentrationen im Blut sein. Zahlreiche Antipsychotika rufen auch beim Menschen eine Hyperprolaktinämie *(erhöhte Prolaktin-Konzentration im Blut)* hervor.«

Janssen-Cilag AG (Dezember 2015): »Haldol®«, Zug: Fachinformation, in: »Arzneimittel-Kompendium der Schweiz«, Bern: HCI Solutions AG; Internet-Ressource https://compendium.ch/mpro/mnr/3404/html/de?start=1#7350

www.peter-lehmann.de/andernach

»Das Vorkommen von Brustkrebs, das durch Krankenberichte dokumentiert ist, war bei den psychiatrischen Patientinnen um mehr als das 3,5-fache höher als bei den Patientinnen des Allgemeinkrankenhauses und 9,5 mal höher, als man es von der Durchschnittsbevölkerung berichtet.«

Halbreich, Uriel / Shen, Jianhua / Panaro, Victor (1996): »Are chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer?«, in: American Journal of Psychiatry, Band 153, S. 559-560

www.peter-lehmann.de/andernach

»Man hat auch nachgewiesen, dass das neuartige Antipsychotikum Risperidon den Prolaktin-Spiegel erhöht. Patienten, die einer Behandlung mit diesem Medikament unterzogen werden, haben ein hohes Risiko, eine Hyperprolaktinämie zu entwickeln. Diese geht einher mit einer verminderten Knochenmineraldichte, Osteoporose *(Knochenschwund)*, Menstruationsstörungen und Unfruchtbarkeit, Galaktorrhoe *(spontanes Austreten von Muttermilch aus den Brustdrüsen)*, Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sexueller Beeinträchtigung.« (S. 344)

Halbreich, Uriel / Kahn, Linda S. (2003): »Hyperprolactinemia and schizophrenia«, in: Journal of Psychiatric Practice, Band 9, S. 344-353

www.peter-lehmann.de/andernach

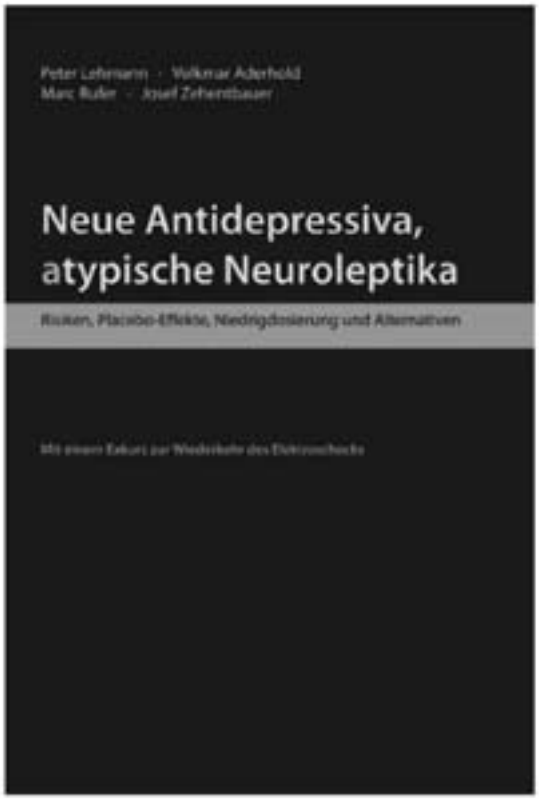
»Nach ¼ mg Haloperidol, einer Dosis, die mit derzeit zur Verfügung stehenden Bestimmungsmethoden keinen messbaren Plasmaspiegel ergeben würde, kommt es bereits zu einer deutlichen Prolactin-Ausschüttung; eine maximale Prolactin-Ausschüttung wird allerdings bereits nach 1 ½ mg Haloperidol erreicht. Damit wird erkennbar, dass Haloperidol bereits in diesem Dosisbereich biologisch wirksam ist.« (S. 113)

Langer, Gerhard (1983): Diskussionsbemerkung, in: Hanns Hippius / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft, S. 113-114

www.peter-lehmann.de/andernach

Frühwarnzeichen

Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer / Josef Zehentbauer (2017): »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing – www.peter-lehmann-publishing.com/buecher/neue-ad-nl.htm



www.peter-lehmann.de/andernach

☹ Laut Herstellern ist bei Aripiprazol mit diesen unerwünschten Wirkungen zu rechnen: **sehr häufig** Müdigkeit bei Jugendlichen (11.7 %), Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Kopfschmerzen (15 %); **häufig** Ruhigstellung, Schläfrigkeit, Ruhelosigkeit, Agitiertheit, Angstzustände, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühle, Schmerzen und Gewebeverhärtung an der Einstichstelle bei Verabreichung per Spritze, verschwommenes Sehen, gestörte oder fehlende Erektion des Penis bei sexueller Erregung, erhöhte Kreatin-Phosphokinase*, Gewichtszu- oder -abnahme, Zuckerkrankheit, Mundtrockenheit oder übermäßige Speichelabsonderung, Verdauungsstörung im Oberbauch (einhergehend mit Völlegefühl), Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Muskelzittern, Akathisie*; **gelegentlich** Kraftlosigkeit, Apathie, psychomotorische Hyperaktivität, Affektlabilität (schnelle, meist durch geringfügige Reize auslösbare Wechsel der Grundstimmung), Übellaunigkeit, Depressionen, Suizidgedanken, Panikreaktionen, psychotische Störung, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Störungen des Geschmacks- und Geruchsempfindens, epileptische Anfälle, gesteigerter Durst, Fieber, Augenschmerzen, verschwommenes oder Doppelsehen, verminderte oder erhöhte Prolaktin-Konzentration im Blut, vermindertes oder übermäßiges sexuelles Interesse, spontanes Austreten von Muttermilch aus den Brustdrüsen, hohe

Aus: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika«, S. 63f.

www.peter-lehmann.de/andernach

Empfindlichkeit der Brüste, vulvovaginale Trockenheit, ein- oder beidseitige Vergrößerung der männlichen Brustdrüsen, Hyperglykämie* oder verminderter Blutzucker, erhöhte Ausscheidung von Zucker im Urin, verminderte oder erhöhte Triglyzeride (Neutralfette), Hyperinsulinismus (krankhaft erhöhte Insulinabsonderung der Bauchspeicheldrüse), verminderter oder deutlich erhöhter Cholesterinspiegel, Appetitstörungen, Zunahme des Taillenumfangs, Herzjagen oder verlangsamte Herztätigkeit, ventrikuläre Extrasystolen (Herzkammeraktionen außerhalb des normalen Sinusrhythmus), verminderte T-Wellenamplitude und andere Unregelmäßigkeiten im EKG, Blutarmut, erhöhtes Bilirubin (Abbauprodukt des Blutfarbstoffs), verminderte Anzahl von Blutplättchen, Neutrophilen* und Leukozyten*, gastroösophageale Refluxkrankheit (durch krankhaftes Zurückfließen von Mageninhalt ausgelöste entzündliche Erkrankung der Speiseröhre), Schmerzen im Oberbauch, Durchfall, häufiger Stuhlgang, erhöhte Gamma-Glutamyl-Transferase*, Alanin*- und Aspartat-Aminotransferase*, Nierensteine, erhöhter Blutdruck, Blutdruckabfall beim Wechsel in die aufrechte Körperposition, Husten, Schluckauf, Brustbeschwerden, entzündliche Hautveränderungen, Rosazea (chronisch-entzündliche Hauterkrankung mit anhaltenden und flushartig einsetzenden Rötungen und Erweiterun-

Aus: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika«, S. 63f.

www.peter-lehmann.de/andernach

gen kleinster Blutgefäße sowie entzündlichen Episoden mit Papeln und Pusteln im Gesicht), Akne, Hautverhärtungen, Parkinsonismus*, Verlangsamung der Willkürmotorik, Zahnradphänomen*, Steifigkeit des Bewegungsapparates und des Nackens, Muskelverspannungen und -zuckungen, Pressen und Mahlen mit den Zähnen außerhalb des Kauaktes (vor allem im Schlaf), Muskelkrämpfe (zum Beispiel Krämpfe der Kaumuskulatur des Unterkiefers), Blickkrämpfe, Syndrom der unruhigen Beine*, eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke, Schmerzen in den Gliedmaßen, Gelenken, Muskeln und im Rücken, tardive Dyskinesie*.

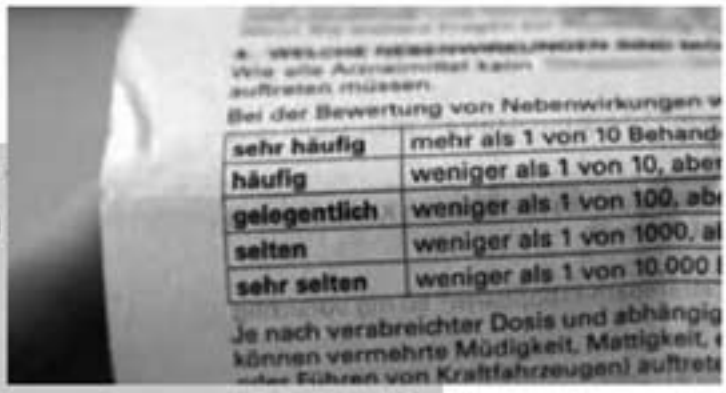
Bei Tierversuchen mit Aripiprazol fand man unter relativ niedrigen Dosierungen (»subtherapeutischen Expositionen«) bei Ratten fetale Verzögerungen der Knochenbildung und Fehlbildungen. Eine mögliche Entwicklungsstörung durch Aripiprazol können die Hersteller deshalb nicht ausschließen. Auch im humanmedizinischen Bereich gibt es Berichte von angeborenen Fehlbildungen. Aripiprazol geht in die Muttermilch über.

Hersteller fordern Ärzte auf, Aripiprazol abzusetzen, wenn ein malignes neuroleptisches Syndrom* oder Zeichen einer tardiven Dyskinesie* auftreten. Diese Störung könne allerdings auch erst nach Absetzen des Neuroleptikums sichtbar werden.

Aus: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika«, S. 63f.

www.peter-lehmann.de/andernach

RISIKEN



Häufigkeit der spontan gen (Patienten n = 135)	keine Angabe	
1.	Zyklusstörungen*	
2.	Müdigkeit	13% (n = 17)
3.	Speichelfluss	8% (n = 11)
4.	Schlafstörungen	7% (n = 10)
5.	Gewichtszunahme	7% (n = 9)
	Mundtrockenheit	7% (n = 9)
7.	innere Unruhe	6% (n = 8)
8.	Steifheit	5% (n = 7)
9.	Händezittern	4% (n = 6)
	Harnverhalt	4% (n = 6)
	Lustlosigkeit	4% (n = 6)

Bayer & Längle, 2008

Behandlungskonzept Schizophrenie | RMF 07.09.2017 17

UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Studie zur Verträglichkeit von Antipsychotika: EPMS und prolaktinerge Nebenwirkungen

Jessica Imöhl[1], Sebastian Michels[1], Tina Groß[1], Jochem König[2], Anke Brockhaus-Dumke[3], Andreas Konrad[1]
[1]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, [2]Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin Mainz,
[3]Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Einleitung

Im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung werden häufig atypische Antipsychotika eingesetzt, auch als sog. „off-label-use". Die meisten Studien zu diesen Substanzen wurden im Rahmen der Zulassungsprozesse von der pharmazeutischen Industrie initiiert und hatten enge Einschlusskriterien. Dadurch sind die Ergebnisse in ihrer Aussagekraft und Übertragbarkeit in den klinischen Alltag eingeschränkt. [1]
Ziel dieser Beobachtungsstudie der Universitätsmedizin Mainz und der Rheinhessen-Fachklinik Alzey war es daher, möglichst alle mit Antipsychotika behandelten Patienten des stationären psychiatrischen Behandlungsbereiches zu erfassen und auf mögliche unerwünschte Wirkungen zu prüfen. Hierbei wurde aufgrund der klinischen Relevanz besonders auf extrapyramidal-motorische Symptome (EPMS) und prolaktinerge Nebenwirkungen geachtet.

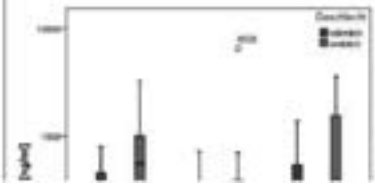
Patienten / Methode

Zwischen Mai und Dezember 2012 wurden N=311 mit Antipsychotika stationär behandelte Patienten zwischen 18 und 65 Jahren (mittleres Alter 41,3 Jahre) kurz vor ihrer Entlassung aus der Klinik untersucht. Neben soziodemographischen Daten wurden erkrankungsrelevante Daten wie die Diagnose nach ICD 10, der psychische Befund (BPRS), Laborwerte (u.a. Prolaktinspiegel) und unerwünschte Wirkungen (Kurzversion der UKU) sowie deren subjektiver Schweregrad erfasst. Die Verlaufsuntersuchung der im Zulassungsbereich behandelten Patienten (N=95) erfolgte dann nach 6 Monaten.
Die Datenauswertung erfolgte in SPSS mit Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Test. Die Prolaktinspiegel wurden logarithmiert mittels Univariater Varianzanalyse verglichen.

Ergebnisse

Antipsychotikum	Mittelwert	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	Obergrenze
Olanzapin	311	208	460
Quetiapin	151	106	213
Risperidon	275	172	439

Tabelle 1: Prolaktinspiegel [ng/mL] Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall der aktuellen Antipsychotika nach Univariater Varianzanalyse.



Insgesamt erhielten 164 Patienten (53%) eine Monotherapie mit Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon. Die nachfolgende Auswertung bezieht sich auf diese Subgruppen.
Bei etwa 90% ergaben sich unter dieser Therapie erhöhte **Prolaktinspiegel** (>25ng/mL). Frauen (≥ =333ng/mL) hatten im Schnitt einen um 168ng/mL höheren Prolaktinwert als Männer (F-Test: p=0,003). Der Prolaktinspiegel unter Quetiapin-Therapie war im Mittel um 160ng/mL geringer als unter Olanzapin und um 124ng/mL niedriger als unter Risperidon-Monotherapie, diese Ergebnisse waren signifikant (F-Test: p=0,008 bzw. p=0,044). ***(Tab. 1, Abb. 1)*** Zwischen Dosierung und Prolaktinspiegel konnte dagegen kein Zusammenhang gefunden werden.
11% der Patienten gaben an, an **prolaktinergen Nebenwirkungen** wie Störungen des Menstruationszyklus, Galaktorrhö, Libidoverlust, Erektions- oder Ejakulationsstörungen zu leiden. Es fand sich kein Zusammenhang mit der Höhe des Prolaktinspiegels, des

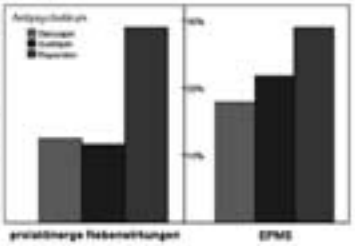
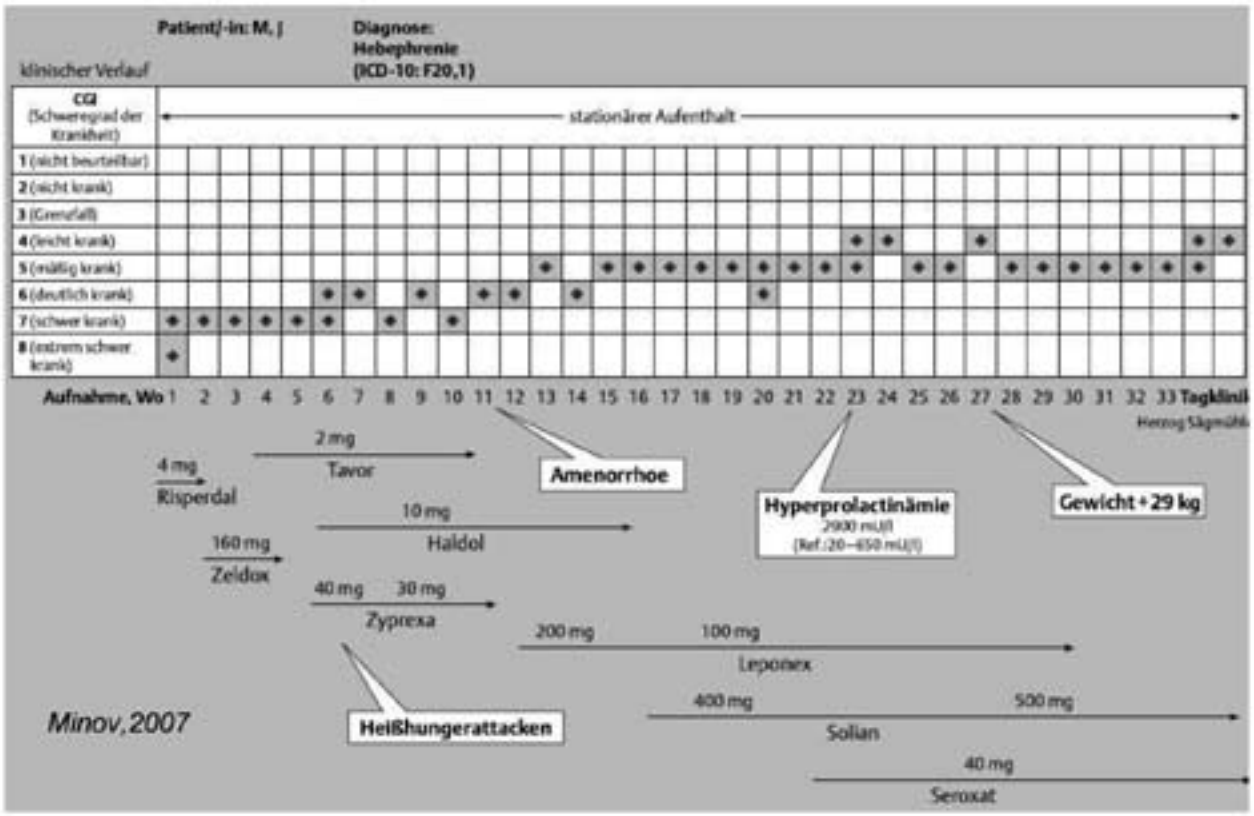


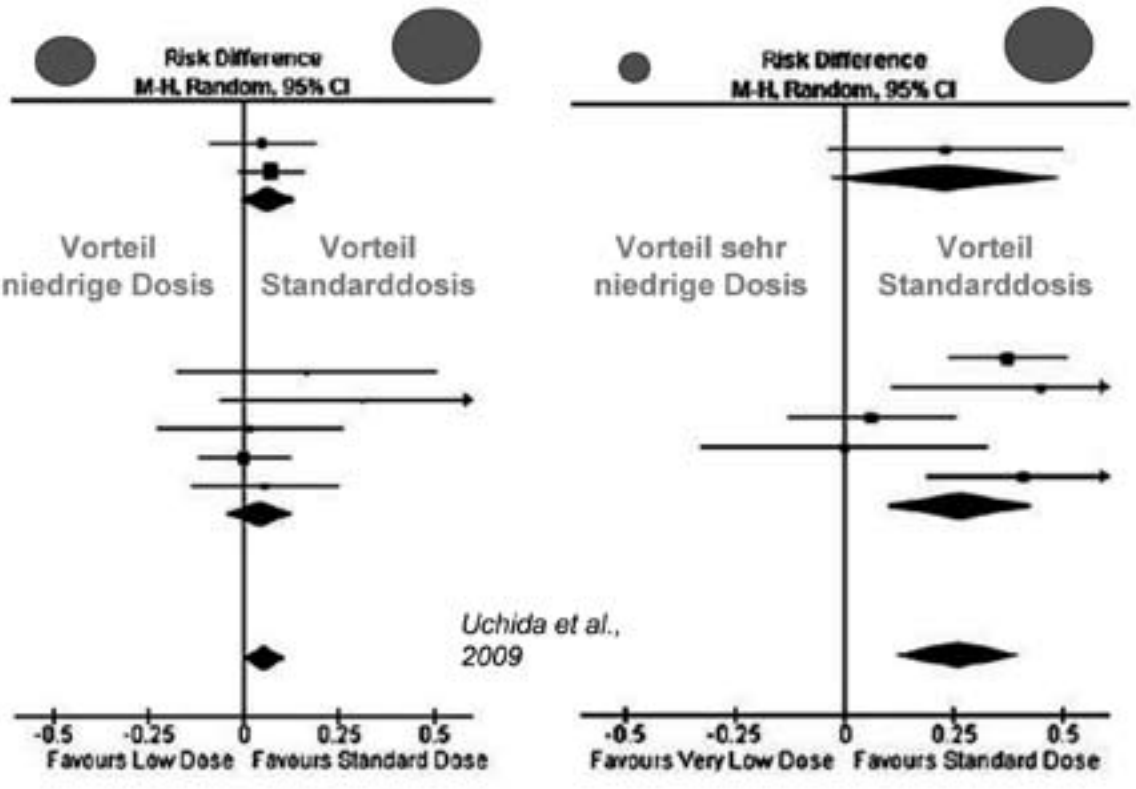
Abbildung 2: Aufgetretene Nebenwirkungen in Prozent, gruppiert nach Antipsychotika

	EPMS Ausprägung	
	nicht	mittel/schwer

RISIKEN



REDUZIEREN UND ABSETZEN



REDUZIEREN UND ABSETZEN

Tab. 1 Ermittelte Werte der effektiven Dosis für 95%-ige Wirksamkeit (Davis & Cheng 2004)

Substanz	DGPPN-Leitlinie 2005 Zieldosis / Tag	Davis & Chen (2004) effektive Dosis 95%/Tag
Amisulprid	400–800 mg	200 mg *„100 mg geringfügig weniger wirksam als höhere Dosen"*
Aripiprazol	15–30 mg	10 mg *„2 mg fast so wirksam"*
Clozapine	200–450 mg	>400 mg
Olanzapin	5–20 mg	>16 mg (auch >20 mg)
Quetiapine	400–750 mg	150–600 mg *d. h. eine Teilgruppe der Patienten kann bereits mit 150 mg das Wirkmaximum erreichen*
Risperidon	3–6 (–10) mg	4 mg
Risperidon Depot	k. a.	25 mg / 14 Tage
Ziprasidon	80–160 mg	120–160 mg

Aderhold, 2015

Abhängigkeit oder bloße Absetzprobleme?

»Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika *(= Antidepressiva und Neuroleptika)* führt (...) zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (S. 161)

Degkwitz, Rudolf (1967): »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

www.peter-lehmann.de/andernach

Abhängigkeit oder bloße Absetzprobleme?

»Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungserscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich wird, die Neuroleptica wieder abzusetzen. Wie groß dieser Teil der chronisch behandelten Fälle ist, ist ebenfalls nicht bekannt.« (S. 174f.)

Degkwitz, Rudolf / Luxenburger, Otto (1965): »Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neurolepticis«, in: Der Nervenarzt, 36. Jg., S. 173-175

www.peter-lehmann.de/andernach

Abhängigkeit oder bloße Absetzprobleme?

Hans-Jürgen Möller, Vorsitzender der Sektion Pharmakopsychiatrie der World Psychiatric Association (WPA) und ehemaliger Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik München, schrieb:

»Im Vergleich zu den Benzodiazepinen haben die Neuroleptika den großen Vorteil, dass sie nicht zur Abhängigkeit führen. Genau das Problem, das die zu breite Anwendung der Benzodiazepine so fragwürdig macht, tritt also gar nicht auf.« (S. 386)

Hans-Jürgen Möller (1986): »Neuroleptika als Tranquilizer: Indikationen und Gefahren«, in: Medizinische Klinik, 81. Jg., S. 385-388

www.peter-lehmann.de/andernach

Abhängigkeit oder bloße Absetzprobleme?

»Antipsychotika machen nicht süchtig (wie etwa Alkohol oder Drogen). Es kommt jedoch zu körperlichen Gewöhnungseffekten. Folgen sind insbesondere bei plötzlichem Absetzen Unwohlsein, Unruhe, Schlafstörungen, Ängste usw.« (S. 7)

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.) (2017): »Aufklärungsbögen Antipsychotika«, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, Volkmar Aderhold und Peter Lehmann, Trier: Selbstverlag
www.lvpe-rlp.de/inhalt/aufklaerungsboegen

www.peter-lehmann.de/andernach

Psychopharmaka absetzen

»Entscheiden Sie sich für die Klinik und die Behandlungsmaßnahme, die Ihren Interessen am ehesten entspricht. Psychopharmaka gelten in der Regel als nur eines von mehreren Behandlungsangeboten. Entsprechend der Gesetzeslage und den Behandlungsleitlinien sind es die Patientinnen und die Patienten, die entscheiden, welche Angebote sie annehmen.« (S. 13)



www.peter-lehmann.de/andernach

Psychopharmaka absetzen

Reduzieren und Absetzen mit erfahrenen Begleitern besprechen! Warnung vor abruptem Absetzen und »Gewöhnungseffekten« bei Neuroleptika. Absetzen?

»Sollten Sie sich dazu entschließen, sind wir gerne bereit, Sie im Rahmen unserer Möglichkeiten dabei zu begleiten.« (S. 7)



www.peter-lehmann.de/andernach

Psychopharmaka und Absetzen

»Unter der Langzeittherapie mit Neuroleptika wurden Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet. Die betroffenen Patienten sprachen typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zunächst gut an; Rezidive *(Rückfälle)* machten jeweils Dosissteigerungen erforderlich, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar war. Es würde sich also um eine Toleranzentwicklung gegenüber der antipsychotischen Wirkung handeln.« (S. 53)

Tornatore, Frank L. / Sramek, John J. / Okeya, Bette L. / Pi, Edmond H.: »Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka«, Stuttgart / New York: Thieme Verlag 1991

www.peter-lehmann.de/andernach

Psychopharmaka und Absetzen

»Obwohl man unerwünschte Vorkommnisse wie Suizid, enttäuschte Patienten oder Angehörige, Verlust der Arbeit, verschlechterter Verlauf und Hirnabnormalitäten allesamt während des Medikamentenentzugs beobachten kann: In aller Regel findet sich dies alles auch bei medikamentierten Patienten unter klinischer Aufsicht.« (S. 193)

Carpenter, William T. / Tamminga, Carol A.: »Why neuroleptical withdrawal in schizophrenia?«, in: Archives of General Psychiatry, Band 52 (1995), S. 192-193

www.peter-lehmann.de/andernach

KLINIKANGEBOTE



Behandlungskonzept Schizophrenie | RMF 07.09.2017 30

KLINIKANGEBOTE

Pflegetherapeutische Angebote

- *„Tandem"* – Bezugspflegether. Einzelgespräche
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Morgen- und Abendtreff
- Frühaktivität

Multiprofessionelle Angebote

- *„Fit for Life"* – Stationsforum
- *„Fit for Life"* - Aktiv
- *„Fit for Life"* - Ernährung
- *„Fit for Life"* - Ausflug
- *„Fit for Life"* - Kreativ
- *„Fit for Life"* - Haushalt
- *„Fit for Life"* - Garten

Patienteninitiative

- HaR5 – Kochen und Backen
- HaR5 – Café-Treff
- HaR5 – Angehörigen-Treff

Zusätzliche therapeutische Angebote

- Ergotherapie
- Konzentrationstraining
- Sport- und Physiotherapie
- Kunst- und Holzwerkstatt
- Arbeitstherapie

KLINIKANGEBOTE

Ernährungsgruppe

- Psychoedukatives Trainingsprogramm

Einkaufstraining

- Gemeinsames Einkaufen

Kochen und Backen

- Gesunde Ernährung

Sporttherapie

- Störungsspezifische Angebote für Patienten mit Psychosen

„Fit for Life" – aktiv – Nordic Walking

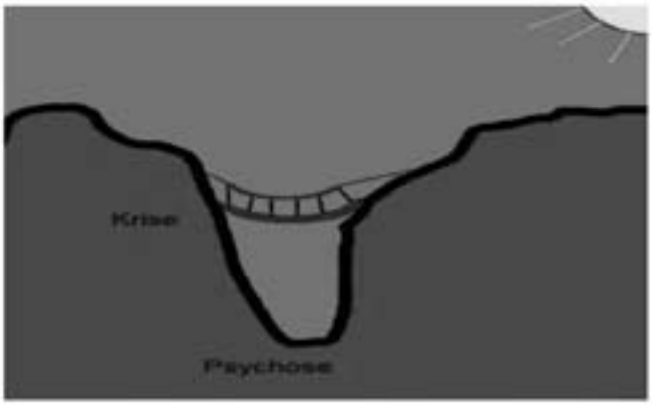
- Zur Aktivierung, Förderung körperlicher Aktivität

KLINIKANGEBOTE

Krisen- und Rückfallprophylaxe

Nicht aus jeder Krise muss zwangsläufig ein Rückfall entstehen!

Wichtig: Frühwarnzeichen beachten und rechtzeitig intervenieren



Kontakt

Peter Lehmann
Eosanderstr. 15
10587 Berlin
Tel. 030 / 85 96 37 06
www.peter-lehmann.de
mail@peter-lehmann.de

▶ **www.peter-lehmann.de/andernach**

ISSN 2510-0262

„Das Zeitalter der Aufklärung – Innovative Informationen zu Neuroleptika“



Dokumentation der 23. Fachtagung des NetzG-RLP e.V. Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz