

# Antipsychotische Behandlung und Compliance

## Vorteile der Atypika?

Wolfgang König und Gabriele Ziethe, Wasserburg a. Inn

**Hintergrund:** Fehlende Medikamentencompliance gilt als einer der Hauptgründe dafür, dass schizophrene Patienten wieder erkranken und erneut stationär behandelt werden müssen. Hierfür wurde in der Vergangenheit in erster Linie die hohe Rate an Nebenwirkungen der konventionellen Neuroleptika verantwortlich gemacht. Beim Einsatz neuerer, atypischer Neuroleptika wird hingegen aufgrund der geringeren Nebenwirkungsrate nicht nur eine bessere Verträglichkeit, sondern auch eine erhöhte Compliance erwartet.

**Patienten und Methode:** In einer prospektiv durchgeführten Quartalsstudie haben wir deshalb untersucht, welche Aspekte der medikamentösen Behandlung dazu führten, dass schizophrene Patienten, die zuhause leben, wieder erkrankt zur stationären Behandlung kommen.

**Ergebnisse:** Unter 235 Patienten unserer Aufnahmestation fanden sich 46 wieder erkrankte Schizophrene. Hiervon hatten 26 die Medikation nach der letzten Behandlung abgesetzt. Bei 7 Patienten war die Medikation umgestellt oder die Dosis verändert worden (erhöht oder erniedrigt), 13 hatten die Medikamente unverändert eingenommen.

Als Hauptgründe für das Absetzen wurden von 6 Patienten Nebenwirkungen angegeben (2-mal bei konventionellen Neuroleptika, 4-mal bei Atypika). 18 Patienten gaben an, dass sie sich gesund gefühlt hätten (6-mal bei konventionellen Neuro-

leptika, 3-mal bei Clozapin, 9-mal bei Atypika).

**Schlussfolgerungen:** Auch wenn die Stichprobe relativ klein ist und keine Kontrollgruppe mit einbezogen wurde, kann doch als wesentliches Ergebnis festgehalten werden, dass die fehlende Krankheitseinsicht der Hauptgrund für das Absetzen ist, unabhängig davon, ob alte oder moderne Antipsychotika zum Einsatz kamen.

**Schlüsselwörter:** Compliance, konventionelle Neuroleptika, Atypika, Schizophrenie

*Psychopharmakotherapie* 2006;13: 60–3.

Die Wirksamkeit der atypischen Neuroleptika in der Akuttherapie ist durch zahlreiche Studien gut belegt [11, 19], wenn auch in Metaanalysen gezeigt werden konnte, dass nicht alle der neueren Substanzen als gleich gut eingestuft werden können [2, 15]. In kontrollierten Studien wurde gezeigt, dass die Rehospitalisierungsrate innerhalb eines Jahres unter der Behandlung mit Atypika geringer ist als unter konventionellen Neuroleptika [16].

Des Weiteren werden Verträglichkeitsvorteile der neueren Substanzen beschrieben, wobei die schlechtere Verträglichkeit der konventionellen Neuroleptika auch darauf beruhen könnte, dass diese in den Vergleichsstudien relativ hoch dosiert wurden [5, 11], und Befürworter des Weiteren grundsätzlichen Einsatzes der älteren Substanzen sehen positive therapeutische Aspekte weiterhin als gegeben an [25].

Ohne Zweifel stellt jedoch die geringere Rate *extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen* der Atypika einen Vorteil dar, so dass die subjektive Verträglichkeit als höher angesehen werden kann; im Allgemeinen wird deshalb von einer besseren Akzeptanz der Behandlung mit größerer Compliance von Seiten der Patienten ausgegangen sowie einer Steigerung der Lebensqualität [12].

Die Ergebnisse kontrollierter Studien mit ihren engen Rahmenbedingungen sind aber nicht ohne Weiteres auf die Verhältnisse im Alltag zu übertragen. Im Vergleich der Einnahme von atypischen und typischen Neuroleptika zeigte sich unter naturalistischen Bedingungen, dass in beiden Behandlungsgruppen die Compliance nach einem Jahr nur bei etwa 50% lag [3], auch in anderen Studien wurde bestätigt, dass im ambulanten Bereich allenfalls 50% der Patienten ihre Medikamente in der erforderlichen Form einnehmen [20, 21]. Hierbei spielen auch zahlreiche nicht-medikamentöse Faktoren eine Rolle [4, 17, 23], was sich in vergleichbarer Form auch in der Behandlung verschiedener somatischer Erkrankungen nachweisen lässt [6, 14]. Die jüngst publizierten und kontrovers beurteilten ersten Ergebnisse der CATIE-Studie [15a] sind in Bezug auf die Abbruchraten noch mit Zurückhaltung zu interpretieren, da noch nicht alle Daten veröffentlicht sind [15b].

Neben der Patienten- ist natürlich auch die Therapeutencompliance von Bedeutung, wobei bei den modernen Atypika insbesondere die Kostenfrage als

Dr. med. Wolfgang König, Gabriele Ziethe, Bezirksklinikum Gabersee, 83512 Wasserburg a. Inn

bedeutsam anzusehen ist. Daten darüber, wie häufig atypische Neuroleptika nach dem Krankenhausaufenthalt von den Weiterbehandlern aufgrund zu hoher Kosten (Arzneimittelbudget) abgesetzt werden, liegen nicht vor. Aktuelle pharmakoepidemiologische Daten zeigen lediglich, dass nach wie vor vorwiegend ältere Neuroleptika verordnet werden [8, 24], so lag 2003 der Anteil der Verordnungen älterer Neuroleptika in Deutschland bei knapp 70%; berücksichtigt man nur die in der Schizophreniebehandlung zumeist verwendeten Substanzen, beträgt deren Anteil knapp 44%, der Anteil der Atypika liegt bei etwa 27% [10].

Inwieweit andererseits die höheren Medikamentenkosten dadurch ausgeglichen werden, dass weniger Krankenhausaufenthalte erforderlich werden [16], lässt sich gegenwärtig ebenfalls noch nicht schlüssig beantworten, da hierzu mittlerweile auch Ergebnisse vorliegen, die dies nicht zu bestätigen scheinen [13, 18, 26].

In der vorliegenden Studie wurde der Frage nachgegangen, welches Einnahmeverhalten schizophrene Patienten im Vorfeld einer stationären Aufnahme zeigten. Hierbei sollte herausgefunden werden, ob es Korrelationen zwischen medikamentöser Compliance oder Non-Compliance und bestimmten Substanzen/Substanzgruppen gibt und aus welchen Gründen Medikamente nicht mehr eingenommen wurden.

## Methodik und Patienten

Die Studie wurde während eines Quartals in einer allgemeinspsychiatrischen Station des Bezirksklinikums Gabersee durchgeführt; diese Station führt 20 Betten und hat etwa 1 000 Aufnahmen im Jahr.

In die Studie aufgenommen wurden alle rehospitalisierten Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie gemäß ICD-10, die seit der letzten Entlassung alleinverantwortlich über die Medikamenteneinnahme verfügen konnten. Deshalb wurden Patienten, die in beschützenden Einrichtungen leben, nicht aufgenommen, da dort in der Regel die

Medikamenteneinnahme durch das betreuende Personal überwacht wird. Falls die Patienten zuletzt in anderen Kliniken behandelt wurden, wurden sie nur dann in die Studie aufgenommen, wenn ein Bericht vorlag, aus dem die empfohlene Medikation hervorging.

Mit einem Fragebogen wurden die üblichen soziodemographischen und diagnosespezifischen Daten erhoben, des Weiteren die Anzahl der vorangegangenen stationären Behandlungen, die zuletzt empfohlene Medikation und die Zeitspanne zwischen letzter Entlassung und jetziger Wiederaufnahme, wobei keine zeitliche Begrenzung gesetzt wurde.

Bezüglich der Medikation wurde erfasst, ob diese abgesetzt worden war oder in irgendeiner Form weitergenommen wurde (unveränderte Dosis, Reduktion, Erhöhung, Umstellung).

Patienten, die ihre Medikamente abgesetzt hatten, wurden nach den speziellen Gründen hierzu befragt. Bei Nennung mehrerer Gründe wurde der letztlich ausschlaggebende Grund zur Datenerfassung herangezogen.

Neben der Befragung der Patienten wurden nach Möglichkeit auch Mitteilungen der Vorbehandler mit einbezogen. Blutspiegelbestimmungen wurden nicht durchgeführt, da in der Regel keine Daten von der letzten Entlassung vorlagen, so dass keine Vergleichsmöglichkeiten bestanden.

Auf der Basis der anamnestischen Daten zur Medikation wurden die Patienten in

zwei Gruppen eingeteilt, und zwar in diejenigen, die sich an die Behandlungsvorgaben gehalten hatten (Compliance), und diejenigen, die die medikamentöse Behandlung abgebrochen hatten (Non-Compliance).

## Ergebnisse

Während des Untersuchungszeitraums wurden 235 Patienten aufgenommen. Hiervon erfüllten 46 die genannten Einschlusskriterien. In der Gruppe der Patienten, die die medikamentöse Therapie beendet hatten, befanden sich 26 Patienten, 20 Patienten hatten die Therapie in irgendeiner Form fortgeführt (unveränderte Dosis, Reduktion, Erhöhung oder Umstellung der Medikamente).

**Tabelle 1** gibt einen Überblick über die soziodemographischen und krankheitspezifischen Daten der Patienten. Insgesamt nahmen 29 Männer und 17 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 41,2 respektive 42,3 Jahren teil.

Während bei der Gruppe der complianten Patienten Frauen leicht überwogen, fanden sich bei den non-complianten knapp 77% Männer.

Bei den diagnostischen Untergruppen fanden sich vorwiegend Patienten mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Bei der Anzahl der Voraufenthalte war auffällig, dass sich in der Gruppe der complianten Patienten kein einziger befand, der bisher erst einmal stationär behandelt wurde, wohingegen bei den non-complianten 20% in

Tab. 1. Soziodemographische und klinische Daten rehospitalisierter Patienten mit der Diagnose Schizophrenie

		Gesamtgruppe (n = 46)	Non-Compliant (n = 26)	Compliant (n = 20)
Geschlechtsverteilung [%]	Männer:	63	76,9	45
	Frauen:	37	23,1	55
Altersverteilung [Jahre]	Männer:	41,2	41,2	41,2
	Frauen:	42,3	41,5	42,7
Diagnostische Verteilung [%]	F20.0	65,2	61,5	70
	F20.1	6,5	3,8	10
	F20.5	28,3	34,7	20
Anzahl der Voraufenthalte [%]	1	11,6	20	0
	2–4	46,5	36	61,5
	> 5	41,9	44	38,9
Klinikfreies Intervall seit der letzten Entlassung [%]	< 1 Jahr	68,3	81	55
	> 1 Jahr	31,7	19	45

Tab. 2. Bei der letzten Entlassung empfohlene Medikation

	Gesamt (n=46)	Non-com- pliant [%]	Compli- ant [%]
Typische Neuroleptika	15	60	40
Clozapin	6	67	33
Atypische Neuroleptika	25	52	48

der Vergangenheit lediglich einmal im psychiatrischen Krankenhaus waren. Über 68 % der Patienten wurden bereits innerhalb eines Jahres erneut stationär behandelt, bei den non-complianten sogar 81 %.

**Tabelle 2** listet die bei der jeweils letzten Entlassung empfohlene Medikation auf (typische/atypische Substanzen), wobei Clozapin aufgrund seiner Sonderstellung (Verordnungsaufgaben) separat gelistet wurde. Hieraus ist ersichtlich, dass lediglich bei knapp einem Drittel der Gesamtgruppe die Einnahme typischer Neuroleptika empfohlen worden war. Die höchste Abbruchquote war bei den mit Clozapin behandelten Patienten zu verzeichnen, allerdings waren in dieser Gruppe auch nur 6 Patienten. In der Atypika-Gruppe setzte jeder zweite Patient die Medikation ab.

#### Patienten mit Non-Compliance

**Tabelle 3** zeigt eine Übersicht der Häufigkeit der von den Patienten genannten Gründe für das Absetzen. 18 Patienten (69 %) gaben an, dass sie ihre Medikamente abgesetzt haben, da sie sich gesund gefühlt hätten; hiervon wurden 9 mit typischen und 13 mit atypischen Substanzen behandelt, 4 hatten zuletzt Clozapin erhalten.

Tab. 3. Gründe für das Absetzen (26 Patienten)

Auftreten von Nebenwirkungen	6
Einnahme vergessen, für unnötig gehalten	2
Gesund gefühlt	18
Vom Arzt wegen zu hoher Kosten abgesetzt	0

Von den 6 Patienten, die wegen Nebenwirkungen keine Antipsychotika mehr einnahmen, hatten 2 typische und 4 atypische Substanzen erhalten.

Kostengründe wurden in keinem einzigen Fall angegeben.

#### Patienten mit Compliance

Die Medikamentenanamnese in dieser Gruppe ist sehr heterogen, da es in der Zeit vor der Wiederaufnahme sowohl zu Erhöhungen (2), Reduktionen (2) als auch Umsetzen (3) der Medikamente kam. 13 Patienten gaben an, die Medikamente seit der letzten Entlassung unverändert eingenommen zu haben.

Bei den jeweils zuletzt eingenommenen Einzelsubstanzen zeigte sich eine breite Streuung, so dass sich keine Hinweise dafür fanden, dass bestimmte Antipsychotika nicht genügend rezidivprophylaktisch wirksam waren. Möglicherweise war in einigen Fällen die empfohlene Dosis zu gering gewählt worden (**Tab. 4**).

#### Typika versus Atypika

Unterteilt man die Studienpatienten danach, ob sie zuletzt mit Typika oder Atypika entlassen worden sind, so ergibt sich für das Einnahmeverhalten, dass von den mit Typika behandelten Patienten 60 % die Medikamente absetzten, von den mit Atypika behandelten 52 %.

Bei den 13 Patienten, die ihre Medikamente unverändert weiter eingenommen haben, handelte es sich um 33 % der mit Typika behandelten (5 von 15) und 28 % der mit Atypika behandelten (7 von 25).

#### Diskussion

Die regelmäßige Einnahme antipsychotisch wirksamer Substanzen ist nachweisbar die Basis zur Verhütung schizophrener Rezidive. Da jedoch die Compliance bei den alten, typischen Neuroleptika aufgrund der extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen als eher gering einzustufen ist, scheinen die subjektiv gut verträglichen Atypika hier deutliche Vorteile zu bieten.

Während substanzbezogene Prüfstudien unter kontrollierten Bedingungen zu bestätigen scheinen, dass die hierfür rekrutierten Patienten die neueren An-

Tab. 4. Dosierung der zuletzt eingenommenen Medikation bei 13 Patienten mit regelmäßiger und unveränderter Einnahme seit der letzten Entlassung

	Pat. Nr.	Substanz	Dosierung [mg/d]
Atypika	1	Quetiapin	750
	2	Quetiapin	300
	3	Risperidon	2
	4	Olanzapin	10
	5	Amisulprid	400
	6	Amisulprid	600
	7	Olanzapin	10
Clozapin			700
Typika	1	Haloperidol	2
	2	Zuclopenthixol	50
	3	Flupentixol	10
	4	Haloperidol	10
	5	Flupentixol- Depot	2 % 1 ml, alle 14 Tage

tipsychotika eher akzeptieren und sich compliant erweisen [19], wird dieses Postulat durch die Ergebnisse naturalistischer Studien, insbesondere bezogen auf die Langzeit-Einnahme, eher relativiert [3, 20, 21, 26].

Auch in der vorliegenden Studie zum Einnahmeverhalten im Vorfeld einer stationären Wiederaufnahme konnte diese Annahme nicht bestätigt werden.

Bei den von uns untersuchten Patienten gab es sowohl in der Gruppe der complianten als auch in der Gruppe der non-complianten keine eindeutigen Hinweise dafür, dass Atypika zu mehr Compliance führen oder Typika zu mehr Non-Compliance.

Die hohe Non-Compliance-Rate der Gruppe der Clozapin-Patienten erklärt sich sicherlich dadurch, dass es sich hierbei um eine spezielle Patientenklintel handelt.

In der Gruppe der non-complianten Patienten zeigte sich, dass bei 70 % dieser Patienten für das Absetzen vorrangig ein krankheitsspezifisches Symptom verantwortlich war, und zwar die fehlende Krankheitseinsicht. Lediglich 6 Patienten dieser Gruppe (22 %) hatten wegen Nebenwirkungen von sich aus die Behandlung beendet, wobei hiervon 4 Patienten atypische Neuroleptika erhalten hatten. Reine Kostengründe waren in keinem Fall verantwortlich

für das Absetzen. Insgesamt zeigt sich in dieser Gruppe, dass es zur Erzielung von Compliance nicht ausreichend ist, lediglich gut verträgliche Medikamente zu verordnen, und es bestätigt sich, dass das Fehlen von Beeinträchtigungen durch ein Medikament auf die Dauer betrachtet nicht genügt, um dieses Medikament auch tatsächlich einzunehmen [9, 27].

Die Analyse der Compliance-Gruppe ist unter methodischen Gesichtspunkten natürlich nur eingeschränkt verwertbar, da lediglich Aussagen der Patienten verwendet wurden und keine objektiven Daten, wie beispielsweise Blutspiegelbestimmungen. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch in dieser Gruppe Patienten mit Non-Compliance befanden, weswegen auch auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde. Welche Gründe bei diesen Patienten eine Rolle für das Rezidiv spielten, kann nur vermutet werden, möglicherweise war eine zu geringe Dosierung für den Rückfall verantwortlich. Diese eher niedrigen Dosierungen mögen zum Teil ein Zugeständnis an einzelne Patienten gewesen sein, um ihre Bereitschaft zu fördern, überhaupt Medikamente einzunehmen; erfolgreich war diese Strategie allerdings nicht.

Insgesamt zeigte sich in unserer Untersuchung – wie auch schon in verschiedenen anderen Studien –, dass über die Hälfte der Patienten unter naturalistischen Bedingungen non-compliant ist und dass es dringlich notwendig erscheint, Patienten immer wieder in Programme einzubinden, die ihre Compliance fördern. Diese sollten es ihnen ermöglichen, die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihrer Behandlung adäquater in ihr Lebenskonzept zu integrieren [1, 7, 17, 22].

#### **Antipsychotic treatment and compliance. Do atypicals offer advantages?**

Background: Antipsychotic nonadherence is an important factor for psychotic relapse and rehospitalization of schizophrenic patients. As in the past the side-effects of neuroleptic drugs (NL) were thought to be mainly responsible for patients' non-adherence, the introduction of atypical antipsychotics (AT) raised hope not only for a better tolerability but for a higher range of adherence as well.

Patients and methods: In our study we have examined the different aspects of medication regimens which led to rehospitalization of schizophrenic patients living at home.

Results: During three months 46 out of 235 patients of our admission ward were hospitalized due to psychotic relapse.

Compared to their last discharge 13 patients still had the same medication, in 7 patients medication and/or dosage had been changed.

26 patients had stopped medication, 6 due to side-effects (2 x NL, 4 x AT) and 18 because they thought themselves sane and therefore not being in need to take psychotropic drugs (6 x NL, 9 x AT).

Conclusion: As a main result we conclude, that lack of insight into illness is the main reason for non-adherence regardless whether *older or newer antipsychotics are prescribed*.

Keywords: Adherence, neuroleptic drugs, atypical antipsychotics, schizophrenia

#### **Literatur**

1. Awad G. Antipsychotic medications: compliance and attitudes towards treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:75–80.
2. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553–64.
3. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002;159:103–8.
4. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: Review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:389–99.
5. Dose M. Psychopharmakologische Langzeittherapie der Schizophrenie und die neu entwickelten Substanzen. *Krankenhauspsychiatrie* 2004;15:S48–54.
6. Düsing R. Non-Compliance in der Hochdrucktherapie. *Cardiovasc* 2003;3:30–2.
7. Fenton WS, Blyler C, Heinssen R. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637–51.
8. Frangou S, Lewis M. Atypical antipsychotics in ordinary clinical practice: a pharmaco-epidemiologic survey in a south London service. *Eur Psychiatry* 2000;15:220–6.
9. Freudenreich O, Cather C, Evins A, et al. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: Relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1372–6.
10. Fritze J. Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2004. *Nervenarzt* 2005;76:647–54.
11. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *Br Med J* 2000;321:1371–6.
12. Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsy-

chotic treatment. *Psychopharmacol* 2002;162:3–10.

13. Kilian R, Angermeyer MC. Der Einfluss der Neuroleptikabehandlung auf die Inzidenz und die Kosten stationärer psychiatrischer Behandlungen bei schizophrenen Erkrankten: Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie. *Psychiatr Prax* 2004;31:138–46.
14. Kramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998;49:196–201.
15. Leucht S, Barnes T, Kissling W, Engel R, et al. Relapse prevention in schizophrenia with new antipsychotics: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003;160:1209–22.
- 15a. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209–23.
- 15b. Lieberman JA, Hsiao JK. Interpreting the results of the CATIE study. *Psychiatr Serv* 2006;57:139.
16. Llorca PM, Devos E, Eerdeken M, et al. Rehospitalisation rates with long-acting risperidone injection are lower than those reported for other antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002;5:S189.
17. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75–88.
18. Müller P, Nerenz H, Schaefer E. Rehospitalisierungsrisiko unter atypischen Neuroleptika und typischen Depotneuroleptika – ein Beitrag zur Differenzialindikation. *Psychiatr Prax* 2002;29:388–91.
19. Naber D, Lambert M, Krausz M, Haasen C (Hrsg.). *Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten*. Bremen: Uni-Med, 2000.
20. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;102:83–6.
21. Perkins DO. Predictors of non-compliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1121–8.
22. Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, et al. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1211–8.
23. Rudolph C, Mattiesen C, Neumann NU. Medikamentöse Compliance und Noncompliance psychiatrischer Patienten. *Krankenhauspsychiatrie* 2002;13:78–80.
24. Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.). *Arzneiverordnungsreport 2003*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2004.
25. Steel RM, Johnstone EC. Should the treatment of schizophrenia include old antipsychotic drugs? *Curr Psychiatry Rep* 2000;2:404–9.
26. Strasser O, Schmauß M, Messer T. Rehospitalisierungsrate ersterkrankter schizophrener Patienten unter atypischer neuroleptischer Medikation. *Psychiatr Prax* 2004;31:S38–40.
27. Windgassen K. Treatment with neuroleptics: the patient's perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:405–10.