

Neue Seuche: Tardive Dyskinesie

Am Wendepunkt der psychiatrischen Psychopharmakologie?

Die Entdeckung der Neuroleptika wird von vielen als eine der bedeutendsten Errungenschaften der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts angesehen. Man schrieb ihnen die Möglichkeit zu, daß Tausende zuvor eingesperrter Psychiatrie-Betroffener in die Gemeinde zurückkehren konnten. Die Neuroleptika bilden auch in diesem Jahrzehnt den Eckpfeiler der psychiatrischen Technologie und Ideologie. Deshalb ist es für viele schwer nachzuvollziehen, daß diese Psychopharmaka in direkter Weise für eine weltweite Epidemie bleibender Hirnschäden verantwortlich sind, die buchstäblich Millionen von Menschen betreffen.¹

Neuroleptika, wie sie bei Diagnosen wie „Psychose“, „Schizophrenie“ oder „Psychische Störung“ eingesetzt werden, sind keine harmlosen Beruhigungsmittel. Tardive Dyskinesie, auch als Spätdyskinesie bekannt, ist eine mögliche Auswirkung dieser speziellen psychiatrischen „Medikamente“. Eng mit der neuroleptischen Eigenwirkung verbunden tritt diese weiteststanzartige Muskelstörung sowohl akut als auch chronisch auf und kann nicht behandelt werden. Wer das Leiden der Psychiatrie-Betroffenen ernst nimmt, muß bei allen Reformdebatten das Problem der tardiven Dyskinesie in den Mittelpunkt der Diskussion stellen. Aber auch praktische Ärzte, die einen hohen Anteil des Neuroleptika-Gesamtverbrauchs verordnen, müssen sich mit den Spätfolgen ihrer Behandlung befassen.

Was ist tardive Dyskinesie?

Tardive Dyskinesie ist ein spezieller, in vielen Formen auftretender Folgeschaden bei Behandlung mit Neuroleptika. Diese sind chemische Substanzen, die, in Psychiatrie, Schul- und Veterinärmedizin eingesetzt, u.a. die Dopamin-gesteuerte Nervenimpulsübertragung lähmen und somit zu einer künstlichen neurologischen Erkrankung führen

sollen, dem Parkinsonoid.² Dieses ist die zentrale Wirkung der Neuroleptika, deren neuroleptische Potenz charakterisiert wird durch die Fähigkeit, die „neuroleptische Schwelle“ zu überschreiten. Darunter versteht man eine am einfachsten in der Handschriftversteifung nachweisbare, durch Neuroleptika hervorgerufene Einschränkung der Bewegungsfähigkeit

Die Neuroleptika-bedingten Veränderungen am Zentralnervensystem sind ähnlichen, die von Neurologen als Encephalitis (Gehirnentzündung), Parkinsonsche Erkrankung, Apallisches Syndrom (Enthirnungsstarre) oder Veitstanz beschrieben werden.

Vom Sinn her meint „tardiv“ eigentlich „zum Ende der Behandlung hin auftretend“. Doch weiß man längst, daß in Einzelfällen schon nach sechs Wochen Neuroleptika-Behandlung die erwähnte Dauerbewegungsstörung auftreten kann.³

Das Beschwerdebild

Die ersten Phasen der tardiven Dyskinesie bringen oft geringfügige unfreiwillige Bewegungen der Zunge mit sich. In extremen Fällen widerfahren den Armen und Beinen anhaltende, unkontrollierbare zuckende Bewe-

gungen. Wie ein Vollbild dieser Erkrankung aussehen kann, schildert folgender Bericht: „Eine 60jährige Patientin wurde vier Jahre mit Trifluoperazin 2mg/die (= 2mg Jatroneural pro Tag, d.V.) wegen Nervosität behandelt, und vor zwei Monaten entwickelten sich Symptome der tardiven Dyskinesie mit Zittern um den Mund und Speichelfluß. Dann wurde das Präparat abgesetzt und der Zustand verschlechterte sich. Im Vordergrund standen kauend-schmatzende Mund- und Kieferbewegungen, auch mit Seitwärtsbewegungen des Kiefers, Vorwärtsbewegungen und Rollen der Zunge, wobei das ganze Gesicht dauernd grimassierend in Bewegung war.“⁴

Von solchen irreversiblen Schädigungen sind Psychiater wenig überrascht, da solche Störungen, wie dies Manfred Bleuler am Beispiel des 'Mümmeln' veranschaulicht, auch bei anderen in der Gehirntätigkeit beeinträchtigten Menschen bekannt sind. Es besteht unter Psychiatern keinerlei Zweifel, daß die durch die Neuroleptika hergestellten Dauerschädigungen ‚als Ausdruck einer irreversiblen Schädigung des Zentralnervensystems‘ mit möglicherweise einhergehendem Verlust an Hirngewebe aufzufassen sind. Die Tatsache, daß sich die Muskelstörungen im Gesichtsbereich besonders bei mit Bewe-



gung verbundenen Tätigkeiten verstärken und desgleichen von Psychiatern durch vorsätzliche Drehbewegungen der Füße (der Betroffenen) provoziert werden können, bestärkt Psychiater in der Sicherheit, daß die bleibenden Bewegungsstörungen auch wirklich organischer und nicht etwa „nur hysterischer“ Natur sind. Hornykiewicz stellt klar, daß er keine Wirkungsmechanismen von Psychopharmaka kenne, die eine solch lange Wirkungsdauer erklären könnten; die Dauerbewegungsstörungen infolge Neuroleptika-Behandlung seien vielmehr auf direkte chemische Reizwirkung der betreffenden Chemikalien zurückzuführen, die schließlich zur Schädigung bestimmter Gehirnstrukturen führen.“

In der Regel werden nur Chemikalien mit dieser Dopamin-blockierenden Wirkung als „antipsychotische Medikamente“ anerkannt (weitere ausführliche Informationen siehe unter 2).

Laut ursprünglicher medizinischer Definition ist der Medikamentencharakter der Neuroleptika somit schwer in Frage zu stellen. Medikamente sollen normalerweise Krankheiten zum Verschwinden bringen und nicht umgekehrt aus körperlich Gesunden Nervenranke machen.

Eine Epidemie ungeahnten Ausmasses!

Eine genaue Angabe über die Anzahl der von tardiver Dyskinesie betroffener Menschen ist nur schwer zu treffen. Nach Schätz-

ungen ist aber die Prävalenz an tardiver Dyskinesie unter den neuroleptisch Behandelten kontinuierlich von 5% Anfang der 60er Jahre auf 27% Ende der 70er Jahre gestiegen. Ein Überblick über 11 Studien brachte 1981 eine durchschnittliche Prävalenz tardiver Dyskinesien von 25,7% bei neuroleptisch behandelten Patienten zutage. In 13% der Fälle wurde dies als direkte Neuroleptikafolge gesehen. Dabei schwankte die Prävalenz in diesen Studien zwischen 2,9% und 46%, wobei geringere Raten in älteren Studien erhoben wurden. Die Differenzen liegen in unterschiedlichen Studienkriterien und unterschiedlichen Definitionen von tardiver Dyskinesie begründet.⁵ Auf jeden Fall kann man davon ausgehen, daß weltweit Millionen Menschen unter Neuroleptikabedinger tardiver Dyskinesie leiden. In Schweden werden bei einer Bevölkerung von 8,5 Millionen 100000 Empfänger von Neuroleptika geschätzt, von denen ein Drittel an tardiver Dyskinesie leiden.⁶

Die Meinung, daß sich tardive Dyskinesie nur nach vielen Jahren und unter hohen Dosen entwickelt, ist bedauerlicherweise nicht zutreffend. Eine Übersicht⁷ nennt Studien, die zeigen, daß tardive Dyskinesie schon nach drei bis sechs Monaten nach Beendigung der Behandlung auftreten kann und daß manche Fälle auch nach der Verabreichung von niedrigen Dosen sehr schwer sein können. 14% der Betroffenen haben die Psychopharmaka weniger als ein Jahr eingenommen.⁸ Bei ungefähr zwei Drittel aller Patienten sind die Symptome irreversibel.⁹

Vorprogrammierte Seuche

Klaus Dörner lehrt in seinem „Irren ist menschlich“ unter anderem die Anwendung von Psychopharmaka und Elektroschock und sagt über den Sinn und Zweck der modernen Behandlung „psychischkrank“ diagnostizierter Menschen: „Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnanorganisch kranken Menschen, bei der EKT (= Elektroschock, d.V.) nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.“¹⁰ Bei der längst unübersehbaren Zahl irreversibler tardiver Dyskinesien von „vorübergehend“ zu reden, bezeichnen wir als sehr fragwürdig. Der amerikanische Psychiater Breggin stellte fest: „Die Psychiatrie entfesselte weltweit eine Epidemie neurologischer Leiden. Selbst wenn tardive Dyskinesie die einzige bleibende Körperschädigung wäre, die von diesen Medikamenten produziert würde, würde sich diese unter den schlimmsten durch Medikamente verursachten Katastrophen in der Geschichte befinden.“¹¹

Die Psychiaterverbände einschließlich der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) zeigten bisher wenig ernsthaftes Engagement, über tardive Dyskinesie zu diskutieren und zu informieren und somit den Wert der Neuroleptika herabzumindern. War es doch gerade die Entwicklung der Neuroleptika, die die Gemeindepsychiatrie möglich machte, da Neuroleptika auch ambulant eingesetzt werden können. Schon 1961 führte der Psychiater Harald Neumann



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1 u. Abb. 2: Neuroleptika-bedingte Akinesie (Bewegungsunfähigkeit)



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 3: Neuroleptika-bedingtes Zungen-Schlund-Syndrom

Abb. 4: Dyskinesien (Augenmuskelkrampf, Protrusion der Zunge)

Abb. 5: Kieferkrampf; unten: nach dem Absetzen der Neuroleptika

(Abb. aus: Peter Lehmann, *Der chemische Knebel*, Berlin 1986)

aus, „daß in Zukunft wahrscheinlich die Hauptaufgabe jeder nachgehenden Fürsorge der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sein wird, die Dauermedikation entlassener schizophrener Kranken zu überwachen, um möglichst viele Kranke draußen halten zu können.“¹² Die Depot-Neuroleptika ließen den Wert der „Großkliniken“ als maßgeblichen psychiatrischen Behandlungsort sinken.

Die USA waren das erste Land beim Ausbau der Gemeindepsychiatrie und der richterlichen Verurteilung zur Dauerbehandlung. So ist es kein Zufall, daß hier die ersten Schadensersatzklagen wegen tardiver Dyskinesie auftraten: Schon 1971 sind zwischen 90000 und 2 Millionen — Schmerzensgeld pro Kläger gezahlt worden.¹³

In den USA muß außerdem seit 1978 auf allen Herstellerinformationen der Warnhinweis stehen, daß ausnahmslos alle Neuroleptika bei Nagetieren Geschwulste der Brustdrüsen hervorrufen können, wenn sie langfristig in solchen Mengen verabreicht werden, wie sie in der normalen psychiatrischen Behandlung üblich sind.¹⁴ In bezug auf tardive Dyskinesie ist — wie eine Stichprobe im Märzheft 1988 der „Archives of General Psychiatry“ zeigte — immerhin bei allen Herstellerfirmen angegeben, daß schon der relativ kurzfristige und niedrigdosierte Neuroleptika-Einsatz zu tardiver Dyskinesie führen kann.

Hierzulande findet noch kaum eine Aufklärung statt. Die massive Schädigungs-

Sterblichkeitsrate wird billigend in Kauf genommen. Wohl erst Schmerzensgelder wie in den USA werden an dieser Situation etwas ändern. Und bis ein Verbot der Neuroleptika erlassen wird, wie es der schwedische Mediziner Lars Martensson fordert,¹⁵ werden wohl noch einige Jahre vergehen. Immerhin: In der 1986er Ausgabe des von der WHO, Sektion Europa herausgegebenen „Side Effects of Drug Annual“ (SEDA 10) wurde ein Abschnitt über Neuroleptika mit „Should neuroleptic drugs be banned“ überschrieben und der gleichnamigen Studie Martenssons gewidmet.¹⁶

Was tun mit tardiver Dyskinesie?

Als fortschrittlich kann heute ein Psychiater bezeichnet werden, wenn er sich ernsthaft Gedanken zum Problem der tardiven Dyskinesie macht. Warum ist die Zahl von Psychiatern so gering, die Maßnahmen gegen diese beunruhigenden Tatsachen ergreifen und einen Verzicht auf diese giftigen Chemikalien fordern? Viele reagieren auf die Forschungen ihrer Kollegen vielleicht mit Ignoranz. Eines der gängigsten Argumente ist zudem, daß es besser sei, ein paar Schüttelbewegungen und Zuckungen zu tolerieren, als das Risiko eines Rückfalls in „Schizophrenie“ einzugehen.

Wie sich jedoch bei einem Überblick von 1975 herausstellte,¹⁷ der die Resultate von 22

Studien ermittelte, lag bei Leuten, deren Neuroleptika durch Placebos ersetzt wurden, die Rückfallquote bei 52%. Dagegen war sie 20% bei Leuten, die Psychopharmaka nahmen. Die Begründung für den Einsatz von Neuroleptika wird also daraus abgeleitet, daß unter Neuroleptika 32% mehr vor einem Rückfall bewahrt werden könnten. Da man aber nicht über genaue Behandlungsindikationen verfügt, nimmt man mit einer Behandlung aller auch in Kauf, daß ein Drittel aller Behandelten an tardiver Dyskinesie erkranken. Wegen eines angeblich besseren Behandlungserfolgs von 32% wird also eine „Nebenwirkungsquote“ von gleicher Dimension in Kauf genommen. In der somatischen Medizin wäre eine Therapie mit einer so hohen Quote ernsthafter „Nebenwirkungen“ nicht denkbar.¹⁸

Eine zentrale Rolle in der Debatte spielt der Amerikaner George Crane, der sich lange gegen den Vorwurf wehren mußte, er wolle seiner Kollegenschaft das Problem der tardiven Dyskinesie aus Gründen exzentrischer Spinnerei als Diskussionspunkt aufzwingen. Cranes Stellungnahme, die sich mittlerweile viele Mediziner und Psychiater zu eigen gemacht haben, geht in die Richtung, die Gefahr der tardiven Dyskinesie gegen die vermeintlich erhöhte Möglichkeit des „Rückfalls“ infolge Absetzens abzuwägen, um zu der Antwort zu kommen: „Ich habe mich mit diesem Problem beschäftigt; leider habe ich keine Antwort gefunden.“¹⁹ Man könnte diese Haltung stehen lassen,

ständen Medizin und Psychiatrie nicht in der Pflicht, eine Antwort zu finden. Geht man vom unteilbaren Selbstbestimmungsrecht des Menschen und somit auch des zeitweise verrückten Menschen aus, so kommt es nicht auf die Meinung etwa eines George Crane, sondern auf den Willen derjenigen an, die den Risiken der tardiven Dyskinesie ausgesetzt werden sollen. Offenbar hat dieser Wille im Psychiatriesystem geringen Stellenwert,²⁰ wie auch die Gesundheit der Betroffenen insgesamt, sonst würden die Neuroleptikaschäden wie tardive Dyskinesie, Krebs, Suizidalität, Chromosomenbrüche und -risse dieselben Konsequenzen nach sich ziehen müssen wie beispielsweise der Conger-Skandal.

Aus dieser fehlenden Beachtung der Menschenwürde, die die Neuroleptika-Behandlung in sich birgt, ist als zentrale politische Schlußfolgerung die Forderung abzuleiten, daß die Einrichtung oder der Erhalt von Arbeitsplätzen nur noch bei solchen Institutionen unterstützt werden darf, in denen ein Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe gewährt wird. Im Gegensatz zu Projekten, in denen eher psycho- oder sozialtherapeutisch und im Interesse der Betroffenen gearbeitet wird, ist dies in sozial- und gemeindepsychiatrischen Projekten in der Regel nicht der Fall.

Weiterhin unmittelbar notwendig ist der Aufbau eines Netzes von Medizinern, Therapeuten und Heilpraktikern, die, sofern notwendig, Hilfe beim Entzug gerade von langfristiger Neuroleptika-Behandlung geben. Im deutschen Sprachraum ist die Irren-Offensive e.V., autonome Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrie-Überlebenden, zu

einer der zentralen Anlaufstellen für Neuroleptika-Fragen geworden. Deshalb sind alle, ob frei oder in speziellen Einrichtungen Praktizierenden gebeten, der Irren-Offensive Mitteilung über eventuell vorhandenen Möglichkeiten des Neuroleptika-Entzuges zu machen (Irren-Offensive, Pallasstr. 12, 1000 Berlin 30, Tel.: 030/215 16 38). Wer sich selbst vor psychiatrischer Zwangsbehandlung und der von ihr ausgehenden Gefahr der tardiven Dyskinesie schützen will, kann dies mit dem Psychiatrischen Testament, einer Vorausverfügung für den Fall des Falles, rechtswirksam tun.²¹

Peter Lehmann, Berlin
David Hill, London

- 1 David Hill: The Problem with Major Tranquilisers. Open Mind, Heft 13, 1985, Deutsche Übersetzung in Irren-Offensive, Heft 4 (1988/89) — in Vorbereitung
- 2 Peter Lehmann: Der chemische Knebel — Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Antipsychiatrieverlag Berlin 1986, S. 89f.
- 3 ebenda S.134
- 4 zitiert nach: ebenda S.131f.
- 5 Dilip V. Jeste, Richard Jed Wyatt: Changing Epidemiology of Tardive Dyskinesia: An Overview. American Journal of Psychiatry, 138(1981), S.297-309.
- 6 Beeley, L., Dukes, M.N.G.: Neuroleptics. In: Side Effects of Drugs Annual 10, Amsterdam 1986
- 7 Andrzej Jus u.a.: Epidemiology of Tardive Dyskinesia. Diseases of the Nervous System, 37(1976), S.210-214, 257-261
- 8 Gregory M. Asnis u.a.: A Survey of Tardive Dyskinesia in Psychiatric Outpatients. American Journal of Psychiatry, 134 (1977) S.1367-1370

- 9 Dilip V. Jeste, Richard Jed Wyatt: In Search of Treatment of Tardive Dyskinesia: Review of the Literature. Schizophrenia Bulletin, 5(1979), S.251-293.
- 10 Klaus Dörner, Ursula Plog: Irren ist menschlich. Rehburg-Loccum 1980, S.377
- 11 Peter R. Breggin: Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain. New York 1984, S.109
- 12 Harald Neumann: Bemerkungen eines Krankenhauspsychiaters zur Dauermedikation schizophrener Kranker. Medicina experimentalis, Band 5 (1961), S.328f.
- 13 Tom Huth: Mind Medicine's Side-Effects: Are the Risks Worth the Cure? Washington Post 9.4.1972, S.B3
- 14 Transparenz-Telegramm, Berlin 1983, S.490
- 15 Lars Martensson: Sollen Neuroleptika verboten werden? Irren-Offensive, Heft 3 (1987) S.31-43
- 16 M.N.G. Dukes: „Neuroleptics“. SEDA, 10 (1986), S. 49-52
- 17 John M. Davis: Overview: Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 132(1975), S.1237-1245
- 18 Eine Übersicht über diejenige vorliegende psychiatrische Literatur, nach der die weiteren Lebensaussichten — selbst nach psychiatrischen Kriterien — bei Nichteinnahme von Neuroleptika wesentlich besser sind als bei Behandlung mit diesen Mitteln, kann wegen Platzmangel an dieser Stelle nicht geleistet werden. Wir bitten, auf den in „Irren-Offensive“ Heft 4 erscheinenden Artikel „Leben mit und ohne psychiatrische ‚Medikamente‘“ zu warten.
- 19 zitiert und übersetzt nach Huth, aaO.
- 20 Beatrice Mazenauer: Kontrolle über die „Psychiatrie“ einer öffentlichen psychiatrischen Klinik. In: Aspect du droit médical, (3e cycle de droit 1986), Hrsg. v. P. Tercier, Fribourg 1987, S.207-225 (Schweiz)
- 21 Thomas S. Szasz: Das Psychiatrische Testament, mit einer Gebrauchsanweisung von Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven. Antipsychiatrieverlag Berlin 1987

