in: Co'med – Fachmagazin für Complementär-Medizin (Sulzbach, BRD), 8. Jg. (2002), Nr. 3, S. 32-34

Peter Lehmann

Behandlungsergebnis Selbsttötung

Suizidalität als mögliche Wirkung psychiatrischer Psychopharmaka

Beitrag zur Konferenz »Bewältigung von stress- und depressionsassoziierten Problemen in Europa«, veranstaltet von der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Kommission und dem Ministerium für soziale Angelegenheiten, öffentliche Gesundheit und Umwelt (Belgien). Brüssel, 25. bis 27. Oktober 2001.

Depressionen können durch eine Vielzahl von Ursachen ausgelöst werden:

Psychosoziale und politische Umstände, neurologische Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Altersabbauprozesse, Viren, toxikologische Substanzen, Medikamente, Psychopharmaka und vieles mehr.

Mediziner befassen sich vor allem mit organisch oder vermeintlich organisch bedingten Depressionen, gegen die sie in aller Regel Psychopharmaka und Elektroschocks einsetzen.

Dass insbesondere eine Vielzahl von Psychopharmaka, die sie verabreichen, Depressionen und Suizidalität bewirken und verstärken können, fällt ihnen schwer zu akzeptieren. Dabei wird in der medizinischen und pharmakologischen Fachliteratur häufig über die depressionsverursachende Wirkung von Psychopharmaka berichtet.

Speziell Neuroleptika, sogenannte antipsychotische Medikamente, lösen häufig Depressionen aus.

Psychopharmaka-assoziierte Depressionen

Frank Ayd von der Psychiatrischen Abteilung des Franklin Square Hospitals in Baltimore schrieb 1975:

»Es besteht nun eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum auftreten können, ebenso wie sie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum vorkommen können. Diese depressiven Veränderungen der Stimmung können zu jeder Zeit während depotneuroleptischer Behandlung auftreten. Einige Kliniker haben Depressionen kurz nach Behandlungsbeginn bemerkt; andere machten diese Beobachtung Monate oder Jahre nach Behandlungsbeginn.« (S. 497)

In ihrem Buch »Psychiatrische Pharmakotherapie« äußerten sich die beiden deutschen Psychiater Otto Benkert und Hanns Hippius zur Frage, ob die Suizidalität eventuell einer zu hohen Dosierung angelastet werden könne:

»Depressionen, Suizidalität, Erregungszustände und Delirien unter Pharmaka treten im allgemeinen unter Dosierungen auf, die durch den behandelnden Arzt therapeutisch verordnet wurden.« (1980, S. 258)

Statistische Angaben über neuroleptikabedingte Suizide sind, wie Psychiater selbst schreiben, aus vielerlei Gründen viel zu niedrig angesetzt. Solche Behandlungsverläufe würden von Medizinern nicht als Wirkungen der verabreichten chemischen Substanzen erkannt oder beachtet (Lehmann 1996, S. 111).

Dass die Dunkelziffer von Suiziden auch in Psychiatrischen Anstalten immens ist, offenbarte der in der Unianstalt Basel tätige Asmus Finzen:

...unkorrekte Zahlenangaben seien allerdings von außen schwer festzustellen, weil »...in Krankengeschichten und Entlassungsbüchern oft kein Vermerk über den Tod oder den Suizid der Patienten zu finden war. Wenn sich der Suizid während eines Urlaubs ereignet hatte, wurde er nicht selten rückwirkend entlassen. Wenn der Suizidversuch nicht zum sofortigen Tod geführt hatte, galt er für das Krankenblatt und die Statistik als verlegt in die Innere oder in die Chirurgische Klinik.« (1988, S. 45)

Peter Müller fand in seiner placebokontrollierten Untersuchung bei einem weit höheren Prozentsatz depotneuroleptischer Behandelten depressive Syndrome hochsignifikant häufiger als bei den Placebobehandelten.

Über die Ergebnisse nach Verminderung oder Absetzen der Neuroleptika schrieb er:

»Bei insgesamt 47 Behandlungsmaßnahmen kam es in 41 Fällen zu einer Besserung der depressiven Verstimmung, nur in zwei Fällen gab es keine Veränderung, bei vier war der Effekt fraglich. Es war sehr überraschend festzustellen, dass allein die Reduzierung der neuroleptischen Dosis (in der Regel auf die Hälfte der bisherigen Gabe) in der überwiegenden Zahl dieser Fälle schon zur Besserung des depressiven Syndroms führte, allerdings oft nur zu einer Teilbesserung, die aber immerhin den Patienten schon deutlich entlastete.

Demgegenüber brachte das gänzliche Absetzen bei anderen Patienten oder bei den gleichen Patienten, bei denen eine Dosisminderung nur zur geringen Besserung führte, einen sehr eindrücklichen Erfolg hinsichtlich der Depressionsbesserung.

Manche Patienten berichteten, dass sie sich erst jetzt wieder völlig gesund fühlten, und die von manchen Ärzten fast als unveränderlich angesehene depressive Bedrückung, die eventuell für Vorboten defektuöser Entwicklungen hätte gehalten werden können, verschwand gänzlich. Der mögliche Einwand, es könne sich hierbei um psychoreaktive Effekte im Sinne der Erleichterung des Patienten über das Absetzen der Medikation handeln, ist zu widerlegen, da fast alle Patienten Depot-Injektionen erhielten und über die Dosis dann nicht informiert wurden bzw. Placebo-Injektionen erhielten. (...) Die Veränderungen dieser Patienten waren für sie selbst, für Angehörige und Untersucher in manchen Fällen recht eindrucksvoll, die Patienten berichteten selbst, dass sie sich jetzt wieder ganz gesund wie lange vor der Erkrankung fühlten. Das war bei der neuroleptisch weiterhin behandelten Gruppe überwiegend nicht der Fall. Diese Befunde sprechen wohl doch eindeutig für pharmakogene Einflüsse und gegen morbogene Entwicklungen.« (1981, S. 52f., 64)

Müller resümierte:

»Depressive Syndrome nach der Remission der Psychose und unter neuroleptischer Behandlung sind nicht selten, sondern treten etwa bei zwei Drittel der Patienten auf, teilweise auch noch häufiger, besonders wenn parenteral Depot-Neuroleptika gegeben werden. Ohne neuroleptische Behandlung finden sich hingegen nach vollständiger Remission diese depressiven Verstimmungen nur ausnahmsweise.« (S. 72)

PETER LEHMANN

ist Diplom-Pädagoge. Von 1997 bis 1999 war er Vorsitzender des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen; derzeit ist er Vorstandsmitglied als Vertreter der Länder Belgien, Deutschland, Luxemburg, Österreich und Schweiz sowie Autor und Verleger.

Müllers – eigentlich – unübersehbare und unüberhörbare Aussagen werden von einer Vielzahl von Kollegen gestützt (Lehmann 1996, S. 57 – 87, 109 – 115).

Hier einige Beispiele

Raymond Battegay und Annemarie Gehring (1968) von der Unianstalt Basel warnten nach einem Vergleich von Behandlungsverläufen der vor- und nachneuroleptischen Ära:

»Im Verlauf der letzten Jahre wurde verschiedentlich auch eine Verschiebung des schizophrenen Symptomenbildes nach einem depressiven Syndrom hin beschrieben. Mehr und mehr zeigen die Schizophrenien einen bland-depressiv-apathischen Verlauf. Es wurde offenbar, dass unter Neuroleptica oft gerade das entsteht, was mit ihrer Hilfe hätte vermieden werden sollen und als Defekt bezeichnet wird.« (S. 107f.)

Walter Pöldinger und S. Siebern von der Anstalt Wil/Schweiz schrieben:

»Es ist nicht ungewöhnlich, dass medikamentenverursachte Depressionen durch ein häufiges Vorkommen von suizidaler Ideation gekennzeichnet sind.« (1983, S. 131)

1976 teilte Hans-Joachim Haase von der Psychiatrischen Anstalt Landeck mit:

Die Anzahl lebensgefährdender depressiver Erscheinungen nach Anstaltsbehandlung mit Psychopharmaka habe sich seit Einführung der Neuroleptika mindestens verzehnfacht.

Die Steigerung der Suizidrate sei »alarmierend und besorgniserregend«:

So Bärbel Armbruster von der Unianstalt Bonn 1986 im ›Nervenarzt‹ – ohne allerdings die Betroffenen und ihre Angehörigen oder gar die Öffentlichkeit zu alarmieren.

Über die Entwicklung in Finnland, Norwegen und Schweden informierte 1977 Rolf Hessö von der Unianstalt Oslo:

Es scheine klar zu sein, »... dass der Anstieg sowohl der absoluten Suizidzahlen als auch der relativen im Jahre 1955 begann. Dies war das Jahr, in dem Neuroleptika in den skandinavischen psychiatrischen Krankenhäusern eingeführt wurden.« (S. 122)

Jiri Modestin schrieb 1982 über seinen Arbeitsplatz, die Unianstalt Bern sowie die benachbarte Psychiatrische Anstalt Münsingen:

»Unsere Resultate zeigen eine dramatische Zunahme der Suizidhäufigkeit unter den in der PUK Bern sowie auch PK Münsingen hospitalisierten Patienten in den letzten Jahren.« (S. 258)

Suizidale Auswirkungen haben auch atypische Neuroleptika, wie der Bericht der Österreicherin Ursula Fröhlich in »Schöne neue Psychiatrie« zeigt:

»Seit Beginn der Leponex-Einnahme habe ich keine Lust mehr auf Sex, keine Lust an der Bewegung und keine Freude am Leben. Ein Leben ohne Freude ist jedoch ärger als der Tod. Alles, was mir geblieben ist, ist das Fernsehen, wo ich seit sieben Jahren anderen zusehe, wie sie leben. Ich bin zwar biologisch noch am Leben, doch meine Sinne sind schon längst tot, alles, was mir früher Freude gemacht hat, kann ich nicht mehr machen. Mein Leben existiert eigentlich gar nicht mehr, ich komme mir so leer und so unbedeutend vor. Am schlimmsten ist es am Morgen. Jeden Tag nehme ich mir vor, am nächsten Tag mit einem gesunden Leben zu beginnen, die Medikamente wegzuschmeißen, viele Vitamine und Fruchtsäfte zu trinken und mit einer täglichen Fitnessroutine zu beginnen. Durch die Neuroleptika entsteht ein Gefühl, als ob es mir gelingen würde, am nächsten Tag mit einem ganz anderen, einem neuen Leben zu beginnen. Wenn ich dann aber in der Früh aufwache, bin ich wie zerschlagen und komme vor neun Uhr nie aus dem Bett, meine Depressionen sind so arg, dass ich jeden Tag an Selbstmord denke.« (zit.n. 1996, S, 70f.)

Psychiatern ging es bei ihren Selbstversuchen im Prinzip nicht anders:

1954 und 1955 veröffentlichten Hans Heimann und Peter

Die(ter)-Dorn-Therapie: DAS ORIGINAL!

Ab sofort nur noch in der sonnigen Türkei.

Besuchen Sie unser Homepage www.ferienanlage-berghof.com oder fordern Sie Informationsmaterial an unter 0621 75 75 42.

Sie können bei uns Urlaub machen, sich behandeln lassen, Dorn-Therapie üben oder selber Seminare anbieten. Alles ist möglich!!

Bis bald in Fethiye

Ihre

Angelika Godau

Tel. 0090 2526382471

TAS **Institut für NLP, Familienstellen und Systemische Hypnotherapie**

Therapie • Ausbildung • System-Coaching

Einzel-, Paar- und Familientherapie

Intensiv - Block - Ausbildungen (DVNLP) in:

Systemische Hypnotherapie/ NLP/Familienstellen/ Tiefendynamische Körperarbeit /Coaching

TAS - Institut, Praxis: Hauptstr. 97f, 61440 Oberursel
Kara Voss-Conrad (Hp), www.tas-institut.de, mail@tas-institut.de, 06172/688271

www.ifaop.com

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE OSTEOPATHIE

Fünfjährige Weiterbildung zum Osteopathen D.O. in Düsseldorf, Ludwigshafen, Wittlich, Berlin oder Leipzig. Eine Ausbildung, die internationalen Kriterien entspricht, in Abstimmung mit der DAO !

Alle Dozenten sind praktizierende Osteopathen D.O. oder Ärzte mit mehrjähriger Lehrerfahrung. Schwerpunkte des Ausbildungsprogrammes sind neben der Vermittlung osteopathischer Behandlungsmethoden und medizinischen Fachwissens, die Ausschlussdiagnostik sowie die Klinik.

Seminarorte und Termine 2002/2003

Ludwigshafen
Reha-Zentrum Th. Heuss
Theodor-Heuss-Str. 2
67112 Mutterstadt
26.-28. Sept. 2002
14.-16. Nov. 2002
13.-15. Feb. 2003
27.-29. März 2003

Düsseldorf
Telekom Bildungszentrum
Humboldstr. 2
41468 Düsseldorf-Neuss
12.-14. Sept.2002
21.-23. Nov. 2002
30. Jan.-1. Feb. 2003
3.-5. Apr. 2003

Berlin
Haus Am Köllnischen Park
Am Köllnischen Park 6-7
10179 Berlin
19.-21. Sept. 2002
14.-16. Nov. 2002
13.-15. Feb. 2003
27.-29. März 2003

Leipzig
Airport Hotel Globana
Frankfurter Str. 4
04435 Schkeuditz
26.-28. Sept. 2002
21.-23. Nov. 2002
30. Jan.-1. Feb. 2003
10.-12. Apr. 2003

Wittlich
Krankengymnastikschule
Elisabeth-Krankenhaus
Koblenzer Str. 91
54516 Wittlich
19.-21. Sept. 2002
14.-16. Nov. 2002
13.-15. Feb. 2003
27.-29. März 2003

Infos und Einschreibung:
Institut für angewandte Osteopathie (IFAO)
Lucas-Cranach-Str. 1
54634 BITBURG
Tel. 0 6561 / 670 457
Fax 0 6561 / 670 456
Internet: **www.ifaop.com**
E-Mail: info@ifaop.com

Nikolaus Witt (1955) von der Unianstalt Bern ihre an Radnetzspinnen und Kontrollpersonen 1080 sowie in drei Selbstversuchen und neun weiteren Experimenten an ebenso vielen Psychiatern und Pharmakologen gewonnenen Erfahrungen mit einer einmaligen Einnahme von Largactil, dem Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin. Sehr deutlich wurde das unter Largactil ausgeprägte Gefühl der Minderwertig- und Leistungsunfähigkeit, strukturelles Bestandteil der neuroleptikabedingten Parkinsonpsyche, an den folgenden Auszügen:

»Ich fühlte mich regelrecht körperlich und seelisch krank. Auf einmal erschien mir meine ganze Situation hoffnungslos und schwierig. Vor allem war die Tatsache quälend, dass man überhaupt so elend und preisgegeben sein kann, so leer und überflüssig, weder von Wünschen noch anderem erfüllt‹ ... (Nach Abschluss der Beobachtung) : ›Riesengroß wuchsen vor mir die Aufgaben des Lebens auf: Nachtessen, in das andere Gebäude gehen, zurückkommen – und das alles zu Fuß. Damit erreichte der Zustand sein Maximum an unangenehmem Empfinden: Das Erlebnis eines ganz passiven Existierens bei klarer Kenntnis der sonstigen Möglichkeiten‹...« (S. 113)

Suizidregister als Vorbeugemaßnahme

In Deutschland forderte der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. im Februar 2000 von der Bundesministerin für Gesundheit die Einführung eines Suizidregisters unter besonderer Berücksichtigung von beteiligten Psychopharmaka/Elektroschocks, vorangegangener Fixierung und anderen Formen vorangegangener psychiatrischer Zwangsmaßnahmen. Eine staatenübergreifende Meldepflicht für Psychiatrie- und Psychopharmaka-assoziierte Suizide könnte dafür sorgen, dass Vorsorgemaßnahmen möglich und endlich verlässliche Studien durchgeführt werden, die den Zusammenhang insbesondere zwischen Psychopharmakawirkungen und Suizidalität weiter erforschen. Nicht nur Neuroleptika, wie dargelegt, sondern auch Antidepressiva (Healy 2001; Lehmann 1996, S. 194ff) und Elektroschocks (Frank 1990) sind sehr sorgfältig zu beobachten.

Berichte von Betroffenen, die durch eine traumatisierende Behandlung mit Psychopharmaka, Elektro- und Insulinschocks zur Suizidalität geradezu getrieben werden (siehe z.B. Kempker 2000), dürfen nicht weiter ignoriert werden.

Instanzen, die Kenntnis von diesem Zusammenhang haben und untätig bleiben, trifft eine Mitschuld an Psychopharmaka bedingten Suiziden. Insbesondere Mediziner und Angehörige müssen über das Risiko psychopharmakogener Depression und Suizidalität informiert werden. Und die Betroffenen natürlich ebenso, damit sie eine wohlabgewogene und informierte Entscheidung über die Einnahme oder Nichteinnahme eines angebotenen Psychopharmakons treffen und gegebenenfalls weniger riskante Maßnahmen gegen ihre Depression treffen können.

Fortgesetzte Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen

Im Consensus-Papier der Konferenz »Ausgewogene Förderung von psychischer Gesundheit und psychiatrischer Betreuung« der WHO und Europäischer Kommission im April 1999 in Brüssel (WHO 1999) war die Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in die Psychiatriepolitik beschlossen worden:

»Gemeinsame Ziele und Strategien zur Verbesserung psychiatrischer Vorsorge und Behandlung schließen (...) die Entwicklung innovativer und umfassender, insbesondere psychiatrischer Psychiatriepolitik ein in Konsultation mit allen Beteiligten, einschließlich den Betroffenen und dem Pflegepersonal, und unter Berücksichtigung der Beiträge von Nichtgierungsorganisationen und Bürgerhelfern.« (WHO 1999, S. 9)

Auch zur Konferenz »Bewältigung von stress- und depressionsassoziierten Problemen in Europa« (Oktober 2001 in Brüssel), wiederum von der WHO und Europäischen Kommission veranstaltet, wurde ein Vertreter des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen eingeladen.

Statt seine Teilnahme aktiv einzubeziehen, um Politikern und Professionellen am Erfahrungsschatz und Wissen Psychiatriebetroffener teilhaben zu lassen, hielt man es nicht für nötig, ihm einen gleichberechtigten Plenumbeitrag anzubieten. Statt dessen wurde ihm vom mitveranstaltenden Belgischen Sozial- und Gesundheitsministerium beschieden, »eine aktive Rolle in der Diskussion in Arbeitsgruppen« (Leen Meulenbergs) zu spielen.

Dies ist eine überkommene Rollenzuweisung für die Vertreter von Psychiatriebetroffenen, die eine aktive Rolle als Experten bei sie selbst zutiefst betreffenden Kongressen spielen sollten. Sie ist als diskriminierend und gegen den Geist der Gleichberechtigung gerichtet zurückzuweisen.

Literaturhinweis:

Armbruster, Bärbel: »Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung«, in: Nervenarzt 57 (1986), S. 511 – 516

Ayd, Frank J.: »The depot fluphenazines«, in: American Journal of Psychiatry 132 (1975), S. 491 – 500

Benkert, Otto / Hippius, Hanns: »Psychiatrische Pharmakotherapie«, 3. Auflage, Berlin / Heidelberg / New York 1980

Battegay, Raymond / Gehring, Annemarie: »Vergleichende Untersuchungen an Schizophrenen der präneuroleptischen und der postneuroleptischen Ära«, in: Pharmakopsychiatrie Neuro-Psychopharmakologie 1 (1968), S. 107 – 122

Finzen, Asmus: »Der Patientensuizid«, Bonn 1988

Frank, Leonard R.: »Electroschock«, in: Peter Lehmann: »Schoene neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und

Strom auf Geist und Psyche wirken«, Berlin 1996, S. 287 – 319

Haase, Hans-Joachim: »Pharmakotherapie bei Schizophrenien«, in: ders. (Hg.): »Die Behandlung der Psychosen des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises«, Stuttgart / New York 1976, S. 93 – 120

Healy, David: »The SSRI suicides«, in: Craig Newnes, Guy Holmes, Cailzie Dunn (Hg.): »This is madness too – Critical perspectives on mental health services«, Ross-on-Wye 2001, S. 59 – 69

Heimann, Hans / Witt, Peter Nikolaus: »Die Wirkung einer einmaligen Largactilgabe bei Gesunden«, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 129 (1955), S. 104 – 123

Hessö, Rolf: »Suicide in Norwegian, Finnish, and Swedish hospitals«, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 224 (1977), S. 119 – 127

Kempker, Kerstin: »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«, Berlin 2000

Lehmann, Peter: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, Berlin 1996

Modestin, Jiri: »Suizid in der psychiatrischen Institution«, in: Nervenarzt 53 (1982), S. 254 – 261

Müller, Peter: »Depressive Syndrome im Verlauf schizophrener Psychosen«, Stuttgart 1981

Pöldinger, Walter / Sieberns, S.: »Depression-inducing and antidepressive effects of neuroleptics«, in: Neuropsychobiology 10 (1983), S. 131 – 136

Anschrift des Autors:

Peter Lehmann
Zabel-Krueger-Damm 183

D-13469 Berlin

Tel./Fax: +49-(0)30-85963706
E-Mail: p.lehmann@berlinet.de,
Internet: www.peter-lehmann.de