

dem), solange sie genommen werden. Die Medien berichten immer wieder über berühmte depressive Persönlichkeiten, beispielsweise über den inzwischen verstorbenen Prinzgemahl der belgischen Königin, über die Fußballstars Sebastian Deisler und Robert Enke oder über den als Mr. Bean weltbekannten Komiker Rowan Atkinson: In renommierten Kliniken werden die neuesten und teuersten Präparate eingesetzt – und dennoch fehlt die pharmakologische Wunderheilung selbst bei diesen Promis.

Und natürlich soll abschließend noch daran erinnert werden, dass es für die Therapie der Depression nicht nur chemische Antidepressiva gibt, sondern dass zahlreiche alternative – auch nicht-medikamentöse – Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (siehe S. 177ff. und 315ff.).

### Die neuen, *atypischen* Neuroleptika – Hoffnung oder Täuschung?

Prof. M. Dose, der Leiter eines großen psychiatrischen Krankenhauses, schreibt über die neuen, angeblich wunderbar dämpfenden *atypischen* Neuroleptika:

»Eine Durchsicht der publizierten wissenschaftlichen Literatur macht deutlich, dass die ›schöne neue Welt‹ der neu entwickelten, aus Marketing-Gründen gerne als ›atypisch‹ apostrophierten Neuroleptika auf wackligen Fundamenten steht.«<sup>1</sup>

Zu den *atypischen* Neuroleptika gehört das Präparat Clozapin (Handelsname Leronex), obwohl es eigentlich nicht neu ist, sondern sich schon seit Jahrzehnten auf dem Markt befindet. Leronex nimmt – auch rechtlich – eine Sonderstellung ein (siehe S. 244).

Die anderen *atypischen* Neuroleptika sind tatsächlich Neuentwicklungen und werden nicht nur von der Pharmaindustrie, sondern auch von Psychiatern und Angehörigengruppen hochgepriesen. Bei denjenigen Betroffenen, die die neuen chemischen Downers schlucken, mag jedoch nur selten Begeisterung aufkommen: Zwar sind die extrapyramidalen

1 M. Dose: »Atypische Neuroleptika«, in: Schizophrenie – Mitteilungsorgan der Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen, 18. Jg. (2002), November, S. 37

Syndrome (EPS: entstellende Bewegungsstörungen, verbunden mit psychischer Anspannung und unbestimmten Ängsten) bei den neuen Neuroleptika seltener als bei Haldol und Konsorten, aber der allgemeine Dämpfungseffekt und die zum Teil horrende Gewichtszunahme sind nach wie vor beklagenswert. Dennoch lässt sich beobachten, dass unter all den Neuroleptika die *atypischen* Neuroleptika noch am ehesten freiwillig über längere Zeit genommen werden (allerdings reduzieren die Betroffenen oft – heimlich – die vom Psychiater verordnete Dosis erheblich).

Die beiden Mainstream-Psychiatrieprofessoren Otto Benkert und Hanns Hippus definieren die neuen Neuroleptika vor allem bezüglich des Auftretens von EPS. *Atypische* Neuroleptika sind demnach »Neuroleptika mit weniger EPS als klassische Neuroleptika«<sup>1</sup>.

Nach der eben genannten Definition (die üblich geworden ist) müsste man das Uralt-Neuroleptikum Taxilan ebenfalls zu den *atypischen* Neuroleptika zählen, weil es weniger häufig zu extrapyramidalen Störungen führt als beispielsweise Risperdal oder Solian. Hinzu kommt, dass bei der Ermittlung der Wirksamkeit von *atypischen* Neuroleptika häufig eine relativ hochdosierte Haldol-Medikation zum Vergleich genommen wird, was naturgemäß die *atypischen* Neuroleptika besser abschneiden lässt (da bekanntermaßen Haldol voll von sehr unangenehmen und entstellenden Nebenwirkungen ist).

Wenn man einige Neuroleptika-Studien genauer betrachtet, so muss man überdies feststellen, dass sie wissenschaftlich nicht haltbar sind, da im Verlauf mancher Studien etwa die Hälfte der Versuchspatienten die Studie abgebrochen haben. Sechs umfangreiche Studien über *atypische* Neuroleptika wurden von einem psychiatrischen Autorenteam (aus München, London, New York) kritisch untersucht: »Die Anzahl der Patienten, die die Studien abgebrochen haben... war hoch und schwankte zwischen 23% und 55%...«<sup>2</sup> Dies unterstreicht, dass die übermäßige Anpreisung der *atypischen* Neuroleptika – wie eingangs zitiert wurde – auf wackligen Fundamenten steht.

- 1 O. Benkert / H. Hippus: »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie«, Berlin, 2. Aufl. 2000, S. 129
- 2 S. Leucht et al.: »Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics«, in: American Journal of Psychiatry, Bd. 160 (2003), S. 1209-1222

Folgende *atypische* Neuroleptika sind derzeit im Handel:

*Chemischer Name*

- Amisulprid (1) Amisulprid (D), Amisulpride<sup>®</sup> (CH), Solian<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Aripiprazol (2) Abilify<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Clozapin (3) Clopin<sup>®</sup> (CH), Clozapin (D), Elcrit<sup>®</sup> (D), Lanolept<sup>®</sup> (A), Leponex<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Olanzapin (4) Olanza<sup>®</sup> (D), Olanzapin (A), ZypAdhera<sup>®</sup> (A, D), Zyprexa<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Paliperidon (5) Invega<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Quetiapin (6) Quetialan<sup>®</sup> (A), Quetiapin (A), Seroquel<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Risperidon (7) Aleptan<sup>®</sup> (A), Belivon<sup>®</sup> (CH), Risocon<sup>®</sup> (D), RisperCare<sup>®</sup> (A), Rispel<sup>®</sup> (A), Risper-Q<sup>®</sup> (D), Risperdal<sup>®</sup> (A, CH, D), Risperidon (A, CH, D), Risperigamma<sup>®</sup> (D), Risperihex<sup>®</sup> (A), Risperinorm<sup>®</sup> (A), Risperipharm<sup>®</sup> (A), Rispolin<sup>®</sup> (A)  
Sertindol (8) Serdolect<sup>®</sup> (A, CH, D)  
Ziprasidon (9) Zeldox<sup>®</sup> (A, D)  
Zotepin (10) Nipolept<sup>®</sup> (A, D)

Im Psychopharmaka-Standardwerk von Benkert und Hippus heißt es, dass die *atypischen* Neuroleptika nicht mehr als niedrig-, mittel- und hochpotent kategorisiert werden können. Dennoch macht es Sinn, die oben genannten Neuroleptika Nr. 4, 5, 7 und 9 eher zu den hochpotenten, also starken Neuroleptika zu zählen.

Abilify wird in Deutschland erst seit 2004 rezeptiert und gilt als große pharmakologische Errungenschaft, weil es weniger Nebenwirkungen habe als alle anderen Neuroleptika und frei sei von Akathisie (Sitzunruhe) und Dyskinesie (Bewegungsstörungen). Wie alle Neuroleptika greift auch Abilify in das diffizile System des für den Menschen so wichtigen Neurotransmitters Dopamin ein, scheint aber gleichzeitig partiell an Dopamin-D<sub>2</sub>-Rezeptoren anzudocken und abgemilderte Impulse zu geben, womit die prophezeiten geringeren Nebenwirkungen erklärbar wären. Erstaunlicherweise kombinieren viele psychiatrische Kliniken Abilify mit einem anderen Neuroleptikum, woraus man schließen darf, dass sie sich auf die alleinige Abilify-Wirkung nicht verlassen wollen. Durch dieses Vorgehen lässt sich aber weder Wirksamkeit noch Verträglichkeit von Abilify beurteilen. Und im Beipackzettel heißt es, dass bei »weniger als 1% der Behandelten unkontrollierbare Zuckbewe-

gungen und Krampfanfälle« auftreten. »Mit den im Beipackzettel aufgeführten unkontrollierten Zuckbewegungen sind Dyskinesien gemeint.« Dies schreibt die Herstellerfirma Bristol-Myers Squibb an den Autor J.Z. auf dessen Anfrage hin. Die ebenfalls gestellte Frage nach möglichen Spätdyskinesien blieb unbeantwortet und kann wohl noch nicht beurteilt werden, da das Medikament erst wenige Jahre im Handel ist<sup>1</sup>.

In der Werbeanpreisung der *atypischen* Neuroleptika gehen manche Pharmakonzerne sogar so weit, dass sie – endlich – die verheerenden und menschenverachtenden Schäden durch die bisherigen Neuroleptika offen darlegen, damit die *atypischen* Neuroleptika in einem besseren Licht erscheinen. In dem von der Firma Novartis herausgegebenen Film »Neuroleptika-induzierte extrapyramidale Syndrome« werden zahlreiche Patienten vor die Kamera gebracht, die gravierende Neuroleptika-bedingte Störungen zeigen, Störungen, die entstellend sind und die Würde des Menschen verletzen. Dieser Film dokumentiert auf erschütternde Weise, was die Pharmafirmen (die hochpotente Neuroleptika auf den Markt bringen) und unkritische Psychiater (die hochpotente Neuroleptika oft hochdosiert und langfristig verordnen) bei Hunderttausenden, ja Millionen Menschen (weltweit gesehen) angerichtet haben.

Im Zusammenhang mit den mittlerweile offen angeprangerten entstellenden Bewegungsstörungen heißt es unter Berufung auf Daniel Casey, einen bekannten amerikanischen Psychiater, in den *Extracta Psychiatrica* (herausgegeben anlässlich des 150. Jahreskongresses der American Psychiatric Association und gesponsert von der Pharmafirma Zeneca):

»Von EPS betroffen sind laut Casey 50 bis 90 Prozent der Patienten, die mit typischen Neuroleptika behandelt werden. Während Akathisie, Dystonie und Parkinsonoid gleich ins Auge fallen, werden die psychischen Veränderungen häufig übersehen: Angst, Verstärkung der Paranoia, Bradyphrenie [Verlangsamung psychischer Vorgänge]... In den atypischen Neuroleptika, die weitgehend frei sind von diesen Nebenwirkungen, sieht Casey einen großen Fortschritt.«<sup>2</sup>

Die *atypischen* Neuroleptika dämpfen (auf verträglichere Weise als die alten, herkömmlichen Neuroleptika) Wahrnehmungsveränderungen (sog. Halluzinationen) und Beziehungsdenken (sog. Wahn oder Paranoia), was durchaus erwünschte, positive Effekte sein können. Jedoch

1 Brief der Fa. Bristol-Myers Squibb vom 29.9.2004 an den Autor J.Z.

2 Teilweise veröffentlichte Kongressberichte durch die Fa. AstraZeneca, Wedel, 2002

sind die Risiken nach wie vor erheblich. Die gewissen positiven Effekte sind abzuwägen gegenüber den Risiken bleibender Störungen des Gehirns (z. B. EPS, siehe oben).

Trotz des gewissen »Fortschritts« bei den *atypischen* Neuroleptika gilt, was der Psychiatrieprofessor D. Naber bezüglich der pharmakologischen Behandlung psychiatrischer Patienten sagt: »Wir schießen mit Schrot auf grobe Ziele.« Und bei einigen neuen Neuroleptika taucht in den Arzneiinformatoren bereits wieder ein Warnhinweis bezüglich der Bewegungsstörungen auf, beispielsweise bei Solian:

»Nebenwirkungen: ... Spätdyskinesien, gekennzeichnet durch rhythmische unwillkürliche Bewegungen vorzugsweise der Zunge und/oder des Gesichtes, gewöhnlich nach Langzeittherapie«<sup>1</sup>

Und zur Häufigkeit: »Es entwickelten nur 3% der Solian- aber 9% der Haloperidol-Patienten eine tardive Dyskinesie im zwölfmonatigen Behandlungszeitraum.«<sup>2</sup> Oder bei Zyprexa (Wirkstoff Olanzapin):

»Das Risiko einer Spätdyskinesie nimmt jedoch während einer Langzeitbehandlung zu... Diese Symptome können sich zeitweilig verschlechtern oder auch erst nach Beendigung der Behandlung auftreten. [Und bezüglich einer Zyprexa-Studie heißt es:] Das geschätzte Risiko, während eines Jahres eine tardive Dyskinesie [Spätdyskinesie] zu entwickeln, lag in der Olanzapin-Gruppe bei 2,59%...«<sup>3</sup>

Im Jahre 2000 wurde der Psychiatriepatientin Elisabeth Liss aus Philadelphia von einem Gericht 6,7 Millionen Dollar Schmerzensgeld zugesprochen wegen ausgeprägter tardiver, also anhaltender Dyskinesie in Folge der Verabreichung des Neuroleptikums Risperdal.

Ältere Menschen sollten Risperdal (und wohl auch andere vergleichbare Neuroleptika) möglichst nicht erhalten. In einem Ärzte-Rundschreiben der Fa. Janssen-Cilag vom März 2004 wird gewarnt:

»In plazebokontrollierten Studien bei älteren Patienten mit Demenz war die Inzidenz von zerebrovaskulären Ereignissen [Hirndurchblutungsstörungen] einschließlich Insult (auch mit Todesfolge) und transitorischen ischämischen Attacken (TIA) [vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen] bei den mit Risperdal behandelten Patienten signifikant höher als im Vergleich zu den Patienten, die Plazebo erhielten...«

1 Fachinformation für Ärzte, sanofisynthelabo, Oktober 2002

2 Brief der Herstellerfirma vom 9.12.2003 an den Autor J.Z.

3 Brief der Herstellerfirma Lilly vom 29.1.2004 an den Autor J.Z.