

Peter Lehmann

Ladies first! Schöne neue Psychopharmaka und Elektroschocks

Schön sind die Wirkungen der modernen Psychopharmaka, allen voran der Neuroleptika, vor allem in den Werbebrochüren der Pharmafirmen. Geradezu wohltuend die Wirkung des Elektroschocks in Presseerklärungen der Freunde des Elektroschocks, die mit gezielten PR-Strategien den künstlich hervorgerufenen epileptischen Anfällen selbst das allzu bekannte ‚Restrisiko‘ absprechen wollen.

27 Jahre nach seinem Zukunftsroman „Schöne neue Welt“ (1932) veröffentlichte Aldous Huxley sein „Wiedersehen mit der Schönen neuen Welt“. In den 30ern hatte er seinen Alptraum einer technisierten und entindividualisierten Welt beschrieben, in der die Versklavung der Massen mit einem durch die Droge „Soma“ garantierten und genormten Glück Hand in Hand gehen. 1959 maß er seine Visionen von damals an der Realität und kam zu dem Schluß, daß ein Teil längst bittere Wirklichkeit geworden war. Hierzu zählte er die Manipulation des Menschen durch „Soma“. Nachdem der Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin¹ ab Beginn der 50er Jahre unter Psychiatern Furore gemacht hatte und bald darauf auch Tranquillizer entwickelt worden waren, sah Huxley in diesen Substanzen weitreichende Ähnlichkeiten mit seinem mythischen „Soma“ (Huxley 1987, S. 319f.). Hätte er sich tiefer in die Materie der schädlichen Auswirkungen der „chemischen Knebel“ eingearbeitet, so hätte er sein „Soma“ vermutlich ausschließlich in Tranquillizern verwirklicht gesehen, auch wenn diese nicht frei von unangenehmen ‚Nebenwirkungen‘ sind, nicht zuletzt aufgrund des abhängig machenden Potentials. Öffentliche Kritik an den unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika gab es noch nicht, ganz im Gegensatz zu den internen Berichten über gefährliche Auswirkungen dieser Substanzen, die das Zeitalter der „Schönen neuen Psychiatrie“ eingeleitet hatten.

Was sind Neuroleptika?

Beim Einsatz von Neuroleptika geht es grundsätzlich um eine indirekte Beeinflussung mentaler Prozesse. Neuroleptika sind chemische Substanzen, die im Organismus spe-

zielle Wirkungen entfalten und dadurch Veränderungen der Geistestätigkeit und der Psyche hervorrufen. Sie zählen zur Gruppe der Psychopharmaka. Das Schwergewicht des psychiatrischen Psychopharmakagebrauchs liegt bei Neuroleptika und Antidepressiva; gelegentlich kommen noch Tranquillizer, Lithium und Carbamazepin zum Einsatz. Hauptsächlich werden Neuroleptika verabreicht bei Diagnosen wie Psychose, Wahn, Schizophrenie, Paranoia usw. Es gibt aber auch eine Vielzahl medizinischer Indikationen. In der „Roten Liste“, dem offiziellen bundesdeutschen Verzeichnis handelsüblicher Medikamente, finden sich die Indikationen für die Neuroleptika-Verabreichung an Menschen: Sogenannte Psychose, Neurosen und Depressionen aller Art, Denk- und Ich-Störungen, Schlaf- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Alten, Stimmungslabilität, psychisch bedingte Versagenszustände, Stottern, psychosomatische Erkrankungen, schwerer Schluckauf, Reiseübelkeit, Juckreiz, Geburtserleichterung, Unterstützung von Psycho- oder Gastritistherapie u.v.m.

Heutzutage werden Neuroleptika von Psychiatern ebenso vielfältig eingesetzt wie von Normal- oder Tiermedizinern. Die von Letzteren verabreichten Substanzen unterscheiden sich nicht von denen, die in der Psychiatrie als antipsychotische Medikamente verabreicht werden. Als Anwendungsbereiche von Neuroleptika werden im „Lexikon der Tierarzneimittel“ 1987 beispielsweise genannt: „Ruhigstellung aggressiver Tiere aller Art, insbesondere bei Verladungen, Transport, Beschlag sowie Untersuchungen und zur Vorbereitung auf Operationen, diagnostische Eingriffe; bei Ferkelfressen der Sau, Fremdkörperoperationen, Anmelken, Umstallung, Geburtshilfe, Kaiserschnitt, Kastration ... Beruhigung aggressiver Pferde, Schweine und Rinder und anderer Tiere ... Zur Vermeidung von Beißereien beim Umgruppieren von Schweinen, gegen Schwanzbeißen und Kannibalismus.“

Ladies first

Die Verabreichung von Neuroleptika und Elektroschocks bedeutet für die Betroffenen nicht immer eitel Sonnenschein. Daß sich viele gegen die Verabreichung von Neuroleptika wehren, ist in psychiatrischen Schriften wie auch in der normalen Presse nachzulesen. Michael Heim, Chefpsychiater der Anstalt Arnsdorf/Dresden, sprach 1992 von einer 60 %igen Verweigerung (Heim 1992, S. 43). Unter den Psychiatrisierten sind es die wehrlosesten oder vertrauensseligsten, die am stärksten behandelt werden.

Psychopharmaka insgesamt werden zu 70 % an Frauen verabreicht. Alle Neuroleptika werden Frauen deutlich häufiger verschrieben, bei Fluspirilen (Imap) ist das Verhältnis sogar 78 zu 22 Prozent. Neben der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht ist das zunehmende Alter ein wichtiger Risikofaktor. Besonders aus den USA kommen verstärkt besorgniserregende Nachrichten. Während dort der Bevölkerungsanteil der über 60 Jahre alten Menschen 1985 bei 11% lag, betrug ihr Anteil an Neuroleptika-Verschreibungen über 33 %. Können ältere Menschen nicht mehr weglaufen, werden besonders häufig Neuroleptika verabreicht. Eine US-Untersuchung von 1986, die sich 2000 chemischen Substanzen und Millionen von Verschreibungen widmete, er-

¹ Aktuelle Handelsnamen in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Chlorazin, Chlorpromazin, Largactil und Propafenon

gab, daß 60,5 % der Verordnungen an die über 65 Jahre alten AltersheimbewohnerInnen Neuroleptikaverschreibungen waren. Laut einer 1989 im *New England Journal of Medicine* publizierten Studie von Jerry Avorn und Kollegen der Harvard Medical School in Boston, durchgeführt in 55 Altersheimen in Massachusetts, erhielten 55 % von 1201 Untersuchten zumindest ein psychiatrisches Psychopharmakon. 39 % aller Untersuchten bekamen Neuroleptika verabreicht, die übrigen Antidepressiva, Lithium und Tranquillizer. Bei der Neuroleptikagruppe war der Prozentsatz der Mehrfachverordnungen mit Abstand am höchsten. Die Verschreibungen waren immer wieder automatisch erneuert worden.

Alte Frauen sind von psychiatrischen Verordnungen besonders betroffen. Karl Kimbel, Geschäftsführer der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, wies darauf hin, daß 1985 auf 100 Frauen im Alter zwischen 71 und 80 Jahren 228 Verordnungen für Psychopharmaka kamen, bei den über 80jährigen sogar 282 (Kimbrel 1987). Viele BehandlerInnen meinen, daß ab einem bestimmten Alter Geschlechtsunterschiede im Bedarf nach Neuroleptika auftreten. „Frauen über 40 benötigten in aller Regel höhere Dosen als Männer“ (Seeman 1983, S. 126), schrieb Mary Seeman vom Clarke Institute of Psychiatry in Toronto/Ontario. Ähnlich verhält es sich mit Elektroschocks: Wie eine Studie von Roland Littlewood und Sybil Cross in Großbritannien 1980 ergab, sind von allen Elektrogeschockten 80 % Frauen (Littlewood/Cross 1980). In den USA sind zwei Drittel aller Elektrogeschockten Frauen, die Mehrheit davon älter als 65 Jahre.

Selbst in der Gerichtspsychiatrie sind Frauen eher psychiatrischer Behandlung ausgesetzt als Männer. Frauen werden sieben Mal häufiger als psychiatrische Fälle diagnostiziert und in Hochsicherheitsanstalten geschickt, ermittelte eine Untersuchung des *Observer*. Und die Wahrscheinlichkeit, daß man bei Frauen eine psychiatrische Behandlung anordnet, wenn sie vor Kriminalgerichten erscheinen, ist doppelt so hoch wie bei Männern (Collier/Dibblin 1990).

Die höchsten Verordnungszahlen betreffen Menschen fortgeschrittenen Alters, Frauen und Kinder. In der BRD erhielten z.B. 1988 rund 900 000 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren Psychopharmaka. Wie Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ein Jahr später mitteilten, wurde jede siebte Psychopille von Kindern unter zwölf Jahren geschluckt. Laut *Bayernkurier* vom 20.5.1989 werden 5 % der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren der psychischen Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit verdächtigt; am 7.8.1992 berichtete die *Welt* von 15 % psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. Angesichts dieser Behauptungen kann man sich an allen zehn Fingern abzählen, daß die Verordnungszahlen insgesamt und speziell für Neuroleptika steigen werden. Tendenz steigend heißt es auch bei den Erwachsenen. Bereits jeder fünfte Bürger der alten BRD sei psychisch krank, meldete die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* am 31. Mai 1991.

Einzig ein Psychiatrisches Testament – eine im Zustand der unangezweifelten Normalität verfaßte Vorausverfügung für den Fall des Falles – schützt rechtswirksam vor Zwangsbehandlung (Bezugsadresse des Mustertextes: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V., Liebenwalder Str. 16, 13347 Berlin). Doch wer rechnet schon

damit, einmal verrückt, hilflos oder gar alt und Objekt unerwünschter psychiatrischer Maßnahmen zu werden?

Neue Krankheiten, neue Absatzmärkte

Auf die als psychisch krank Diagnostizierten warten unterschiedliche psychiatrische Anwendungen. Dabei geht der Trend seit 1983 kontinuierlich weg von Tranquillizern und hin zu Antidepressiva und Neuroleptika. *Der Spiegel* nannte eine der Ursachen: „Der Rückgang der Tranquillizer, vor allem der Benzodiazepine, bei gleichzeitigem Anstieg der Verschreibungen von Antidepressiva, Neuroleptika und pflanzlichen Therapeutika liegt im wirtschaftlichen Interesse der Pharmafirmen: Weil die Patente abgelaufen sind, sinkt der Preis der Benzodiazepine; Nachahmerpräparate sind verfügbar. Antidepressiva und Neuroleptika hingegen sind neu und deshalb teuer.“ („Krücke“ 1995, S. 146)

Hinzu kommt, daß inzwischen BehandlerInnen und Hersteller von Tranquillizern zu Schadenersatzzahlungen wegen unterlassener Warnung vor dem Abhängigkeitspotential dieser Substanzen verurteilt wurden. Tranquillizer werden im Durchschnitt zehn Jahre lang verabreicht. Neuroleptika sollen an Menschen mit der Diagnose Schizophrenie zwar häufig noch länger, zum Teil lebenslänglich verabreicht werden, doch wird deren abhängig machende Wirkung bisher erfolgreich bestritten, auch wenn man sie in fachinternen Veröffentlichungen längst zugegeben hat. Wenn Neuroleptika lebenslang verabreicht werden sollen, ist die Abhängigkeit auch deshalb kein Thema, weil sie sehr gelegen kommt. Unter dem Titel „Ohne Depot-Neuroleptika geht es kaum“ war 1988 in *Selecta* der herrschende psychiatrische Standpunkt nachzulesen, der auf dem Symposium „Depotneuroleptika – ein Konsensus“ in Antwerpen 1987 formuliert worden war: „Es ist leider eine Tatsache, daß die Schizophrenie eine lebenslang andauernde Erhaltungstherapie mit Neuroleptika braucht.“ (Idris 1988, S. 1480) Dieser Auffassung sind auch die Vertreter der Gemeindepsychiatrie, wie aus dem selben Artikel hervorgeht: „Sozialpsychiatrie außerhalb der Kliniken ist ohne Depot-Neuroleptika nicht durchführbar.“ (ebd., S. 1483) Sponsor des Kongresses war die Firma Janssen, Hersteller einiger Depotneuroleptika.

Bei Neuroleptika-Anwendungen unter psychiatrischen Diagnosen kristallisierten sich in den letzten Jahren international deutliche Trends heraus:

- Höhere Dosierungen. Laut Sozialpsychiater Asmus Finzen hat sich in der BRD die Durchschnittsdosis seit 1970 verzehnfacht.
- Systematische Hochdosierung. Sie gewann in den letzten Jahren unter den Bezeichnungen „adäquate individuelle Dosierung“ und „schnelle Neuroleptisierung“ erheblich an Bedeutung.
- Immer potentere Neuroleptika.
- Ständig höhere Mengen hochpotenter Neuroleptika.
- Mehr Depotmittel, die nebenbei auch teuer und damit umsatzsteigernd sind. Finzen erläuterte 1990 in seinem Psychopharmaka-Lehrbuch weitere Vorteile dieser Verabreichungsform: „Wegen der Hartnäckigkeit der manischen Symptoma-

titik und der Notwendigkeit, hochdosierte Neuroleptika über längere Zeit zu verabreichen, kann eine Depot-Medikation sinnvoll sein. Sie sichert die Medikamenteneinnahme und macht den Umgang mit dem Patienten einfacher, indem sie ihm und seinen Therapeuten den täglichen Kampf über die Frage „Medikamente ja oder nein?“ erspart.“ (Finzen 1990, S. 131)

- Standardisierte Verabreichungen. Dies betrifft nicht nur die Dosishöhe (Standarddosis für alle), sondern auch die Auswahl an Neuroleptika. Finzen empfiehlt seinen KollegInnen die Beschränkung auf drei Neuroleptika: ein hoch-, ein niederpotentes und ein Depot-Neuroleptikum.
- Steigende Zahl von Mehrfachkombinationen unterschiedlichster Neuroleptika.

Alternative: Elektroschocks?

Die Kritik an schädlichen Neuroleptikawirkungen wollen die Freunde des Elektroschocks für ihre Zwecke nutzen. Dieses barbarische Verfahren wurde in Deutschland, Österreich und der Schweiz nie ganz aufgegeben. Das Ziel der E-Schocks ist – unverändert – die Auslösung epileptischer Anfälle.

Der Psychiater Peter Breggin beschrieb in San Francisco bei einer Anhörung vor dem City Services Committee am 27. November 1990, wie Elektroschocks funktionieren: „Was wir machen, ist folgendes: Wir fügen Menschen in seelischen Krisen eine innere Kopfverletzung zu – eine innere Kopfverletzung! (...) Um einen Krampfanfall zu verursachen, müssen wir einen entsprechend großen Schaden herbeiführen. Wenn Sie sich heute auf dem Weg nach Hause bei einem Autounfall den Kopf aufschlagen, ist die Wahrscheinlichkeit gering, daß die Verletzung einen Krampfanfall auslöst. Hätten Sie aber einen Krampfanfall, würde man Sie mit größter Eile in die Notaufnahme bringen. Die Leute würden sagen, sie ist mit dem Kopf irgendwo gegengeschlagen. Nehmen wir an, Sie kommen mit dem Kopf an Ihren Kühlschrank, es gibt einen Kurzschluß, und Ihr Kopf erleidet sozusagen eine Schockbehandlung. Sie sind verwirrt, Sie haben einen Krampfanfall: Man brächte Sie so schnell wie möglich ins Krankenhaus. Sie würden als medizinischer Notfall behandelt. Wahrscheinlich würden Sie sogar zur Vorbeugung weiterer derartiger Zwischenfälle zwei Jahre lang krampfhemmende Medikamente erhalten.“

Also, da mindestens *eine* – mindestens *eine* – der Elektroden immer über dem Frontallappen (*dem Vorderhirn*) angesetzt wird, handelt es sich nicht nur um eine durch elektrischen Strom verursachte Kopfverletzung. *Es ist Lobotomie (Durchtrennung von Vorderhirn-Nervenbahnen)!* Denn es ist das Vorderhirn, durch das wir ziemlich viel Strom jagen. Das Vorderhirn liegt im Stirnbereich, es stellt den Höhepunkt der menschlichen Evolution dar, es ist der Teil des Gehirns, der uns lieben und hassen oder deprimiert sein lässt, ein seelisch-psychologischer Zustand, unter dem eine ältere Frau häufig leidet – ohne Freundinnen, Freunde und sonstige Menschen, denen sie ihre Liebe schenken könnte, ohne gute körperliche Verfassung. Ein Vorderhirnschaden verhindert den *Prozeß* der Entwicklung von starken Gefühlen, Vernunft und Anteilnahme.

John Friedberg ist – wie auch ich – Experte auf diesem Gebiet, der Neuropathologie der Hirnschädigung. Friedberg hielt 1985 auf der Konsensus-Konferenz des NIMH (*National Institute of Mental Health*) einen ausführlichen Vortrag über Hirnschädigung durch Elektroschocks. Wir wissen genau, was der Schock bewirkt, wenn er durch die Blutgefäße geht, ins Gewebe übergeht, Blutungen verursacht und Zellen abtötet.

Bereits die Frage „Verursachen Elektroschocks Hirnschädigungen?“ ist eine unlautere Frage, denn *wir wissen, daß Elektroschocks eine Hirnschädigung verursachen, daß jeder einzelne Patient, jede einzelne Patientin nach einer Elektroschockserie ein hirnorganisches Psychosyndrom aufweist*, mit Verwirrtheit, Desorientierung, Stimmungsschwankungen, Verlust der Entscheidungsfähigkeit.“ (Breggin 1993, S. 160f.)

Mit steigender Akzeptanz sozialdarwinistischer und rassistischer Werte in Teilen der Bevölkerung werden die psychiatrischen Maßnahmen wieder interessanter, die in den rechtsfreien Räumen der faschistischen Diktatur ihren Durchbruch erlebt hatten. In den letzten Jahrzehnten hatten AnästhesistInnen, ohne die die Schockprozedur nicht durchgeführt werden kann, offen oder verdeckt ihre Dienstleistung verweigert, so daß in vielen Anstalten und Krankenhäusern der Vollzug von Elektroschocks undurchführbar war.

Seit Jahren werben Psychiater und von ihnen beeinflußte JournalistInnen immer penetranter für eine gesteigerte – mit kosmetischen Korrekturen geschönte – Schockverabreichung. „Viel zu selten“ wird nach Hans Lauter, einem der Protagonisten dieser Methode, der Elektroschock eingesetzt. 96% der leitenden Psychiater in deutschen Universitätsanstalten sind für Elektroschocks. Der Psychiater Fritz Reimer äußerte 1988 gegenüber der *Münchner Illustrierten*: „Ich hoffe, daß bald alle wieder schocken. In Schweden, der Schweiz, England oder Holland hat die Psychiatrie einen wesentlich höheren Standard, d.h. es wird dort sehr viel mehr geschockt als bei uns.“ (zit.n. Förster 1988, S. 22) Wie wenig unter solchen Voraussetzungen dazu gehört, als kritischer Psychiater zu gelten, wird an Klaus Dörner von der Anstalt Gütersloh deutlich: Gemeinsam mit der Psychologin Ursula Plog beschränkt er sich darauf, den Vollzug des Elektroschocks zu lehren (Dörner/Plog 1992, S. 545f.), setzt ihn persönlich aber momentan nicht ein – unter dem Vorbehalt, daß „... morgen ein Tag kommen kann, der mich einem Patienten begegnen läßt, bei dem ich die Indikation für die Elektrokrampftherapie befürworte.“ (Dörner 1994, S. 32)

Risiken und „Nebenwirkungen“ von Neuroleptika

„Ein Aufklärungskonzept gehört offensichtlich nicht zum psychiatrischen Alltag“ (zit.n. „Mythos“ 1992), sagte die Psychologin Lilo Süllwold. Dabei sind die Risiken und Schäden von Neuroleptika enorm, nachzulesen in einer ganzen Reihe kritischer Veröffentlichungen – z.B. in „Psychiatric drugs: hazards to the brain“ (Breggin 1983), „Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka“ (Tornatore u.a. 1991), „Drug-induced dysfunction in psychiatry“ (Keshavan/Kennedy 1992), „Der chemische Knebel“ (Lehmann 1993), „Schöne neue Psychiatrie“ (Lehmann 1996) und „Giftige

Psychiatrie“ (Breggin 1996). Wem es zu mühselig ist, solche Bücher zu lesen, dem bzw. der sei ein kurzer Blick in die „Rote Liste“ mit ihren Aufzählungen von Risiken und Schäden empfohlen, auch wenn diese dort nur oberflächlich dargestellt sind. Dieses offizielle Medikamentenverzeichnis des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie e.V. ist in jeder Apotheke und in vielen Bibliotheken einsehbar. Einen Neuroleptikaschaden will ich hervorheben: die tardive Dyskinesie, eine veitstanzförmige, nicht behandelbare Muskelerkrankung, auch Späthyperkinesie genannt. Das Ausmaß der Verbreitung dieser psychiatrogenen (durch die psychiatrische Behandlung hervorgebrachten) Erkrankung, einer Manifestation irreversibler Rezeptorenveränderungen, geht aus einer 1991 im *Nervenarzt* veröffentlichten Studie über eine Stichprobe gemeindepsychiatrisch behandelter und zum Teil in ‚betreutem‘ Einzelwohnen oder ‚therapeutischen‘ Wohngemeinschaften lebender BerlinerInnen hervor. Die Autorengruppe sprach von einem durchschnittlichen Vorkommen von 59 % tardiver Dyskinesien: Von den untersuchten ‚Betreuten‘ wurden 265 von niedergelassenen NervenärztInnen behandelt und verließen deren Praxen mit einer Wahrscheinlichkeit von 96,2 % unter Neuroleptika-Einfluß; die Institutsambulanz der Nervenklinik Berlin-Spandau verabschiedete ihre 108 Stichproben in 94 % aller Fälle mit Neuroleptika. Ergebnis: 21 % der längerfristig Behandelten entwickelten eine tardive Dyskinesie leichter Form, 18 % dieselbe Erkrankung in mittlerer und 20 % gar in schwerer Ausprägung (Lehmann/Stastny/Weitz 1993, S. 452).

Was sind tardive Dyskinesien?

Da „tardive Dyskinesie“ ein recht abstrakter Begriff ist, möchte ich an einem Beispiel veranschaulichen, welche dramatische Einschränkung der Lebensqualität mit ihr verbunden sein kann. Die Psychiaterinnen Leonora Petty und Carol Spar von der Kinderabteilung der Neuropsychiatrischen Universitätsanstalt Los Angeles (UCLA) publizierten folgendes Schicksal eines 10jährigen Mädchens: „Ab dem Alter von 6 verabreichte man Kate zur Verhaltenskontrolle versuchsweise verschiedene Medikamente einschließlich Thioridazin¹, Chlorpromazin, Methylphenidat² und schließlich Haloperidol³. Sie blieb 4 Jahre lang auf Haloperidol bei einer Dosis von 3–4,5 mg/Tag, maximal 5 mg/Tag über eine Periode von ungefähr 4 Monaten ... 2 Monate vor ihrer Einlieferung entwickelte Kate ein Schulterzucken. Als ihr Kinderarzt das Haloperidol abrupt absetzte, verschlechterten sich ihre Zwangsbewegungen und ihr psychotisches Verhalten. Kates Kinderarzt nahm die Haloperidolbehandlung wieder auf, 4,5 mg/Tag, kombiniert mit Benzatropin (*Antiparkinsonmittel*), aber Kates Zustand verbesserte sich nicht. Nach ein paar Tagen setzte man das Benzatropin ab, dafür wurde 100 mg/Tag Diphenhydramin Hydrochlorid (*krampflösendes und ruhigstellendes Mittel*) zugefügt. Kates Verhalten verbesserte sich etwas, aber die ab-

normen Bewegungen änderten sich nicht. Dann überwies der Kinderarzt Kate zur Untersuchung in die UCLA ... Bei der Aufnahme war Kate erregt und desorganisiert, mit stereotypem und ritualistischem Verhalten. Sprach- und Kommunikationsstörungen waren nachzuweisen durch Entgleisungen, lakonische Sprache, Unlogik und Nebensächlichkeiten. Sie hatte dereistische (*realitätsunangepaßte*) Wahnvorstellungen und akustische Halluzinationen. Koprolalie (*Kotsprache*) zeigte sie nicht. Kates Bewegungsstörungen beinhalteten Gesichts- und Mundbewegungen (Grimassieren, Stirnrunzeln, Blinzeln, Schmatzen), Bewegungen der Extremitäten (choreatische [*veitstanzartige*] Arm- und Fingerbewegungen) und Rumpfbewegungen (sich windende Bewegungen, Halszuckungen und Beckenstöße) ... Nach dreimonatiger Hospitalisierung (ohne Neuroleptika, P.L.) schienen Kates psychotische Symptome mit Verhaltenstherapie gut kontrolliert zu sein. Ihre Bewegungsstörungen (beurteilt durch globale Einschätzung und nach der AIMS [*Abnormal Involuntary Movement Scale*] Bewertungsskala blieben quantitativ und qualitativ unverändert.“ (Petty/Spar 1980, S. 745f.)

Tardive Dyskinesien erweisen sich mehr und mehr als *die Katastrophe* für die Behandelten, denn in aller Regel verabreichen Psychiater ihre Chemie weiter, ohne mit der Wimper zu zucken, höchstens in Sorge um mögliche Schadenersatzforderungen. Ob es sich um Psychiater männlichen oder weiblichen Geschlechts handelt, ist hierbei völlig unerheblich. Daß nicht einmal Psychiaterinnen mit feministischem Anspruch ihre warnende Stimme erheben, handelt es sich bei der Mehrzahl der an tardiver Dyskinesie Erkrankten doch um ihre Geschlechtsgenossinnen, ist einer von vielen Faktoren, die zur Fortdauer der systematischen Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie beitragen.

Psychiatrischer Fortschritt

Neben dem Elektroschock greifen Psychiater mehr und mehr auf atypische Neuroleptika zurück, die vor ca. 35 Jahren entwickelt wurden. Das bekannteste Mittel ist Clozapin (Leponex). Nachdem sein überdurchschnittlich hohes Potential erkannt war, eine tödlich verlaufende Agranulozytose (abruptes Absterben weißer Blutkörperchen) auszulösen, war seine Verabreichung mit vielen Auflagen versehen worden, was zu einem Rückgang der Verkaufszahlen geführt hatte. Im Verhältnis zu den Schäden der typischen Neuroleptika scheinen diejenigen der atypischen Neuroleptika in den Hintergrund zu treten, da diese kaum motorische Störungen und keine tardive Dyskinesien produzieren. Langfristige Risiken dieser ‚neuen‘ Generation von Psychopharmaka sind – ebenfalls – Einbußen der mentalen Lebendigkeit und der Lebenskraft, was sich in Suizidalität, schweren Schäden im vegetativen Bereich und im Zentralnervensystem äußert, (atypisch) vor allem in chronischen toxischen Psychosen (Lehmann 1996, Band 1). Einzig die weitere, dann lebenslängliche Verabreichung der Substanzen, die diesen Schaden gesetzt haben, kann die toxisch-psychotischen Symptome in Schach halten, sofern nicht infolge einer Toleranzbildung die symptomunterdrückende Wirkung nachläßt. Wird der Mechanismus der Abhängigkeit nicht durchschaut, so scheint er dem biologistischen Glauben, störende und unbequeme Lebens- und

1 Aktuelle Handelsnamen in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Melleretten, Melleril und Thioridazin

2 Aktueller Handelsnamen in Deutschland und der Schweiz: Ritalin

3 Aktuelle Handelsnamen in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Buteridol, duraperidol, Haldol, haloper, Haloperidol und Sigaperidol

Sinnesweisen auf Stoffwechselentgleisungen zurückführen zu können, in zynischer Weise Recht zu geben.

Ideologische Verbohrtheit, arbeitsplatzpolitische und wirtschaftliche Interessen bilden einen gefährlichen Nährboden, aus dem eine fortschreitende Medizinalisierung und Psychiatrisierung der Gesellschaft wächst, auch ihre zunehmende Vergiftung. Seit Jahren arbeiten Psychiater zudem beständig an der Entwicklung neuer Krankheitsbilder. Die verschiedenen Chemieunternehmen, die in ihrem Konkurrenzkampf immer neue Substanzen entwickeln müssen, geben Psychiatern viel Beschäftigung, wie Hanfried Helmchen und Müller-Oerlinghausen von der Berliner Universitätsanstalt mitteilten: „Werden im allgemeinen für bekannte Krankheitsbilder Medikamente gesucht, so werden hier für interessante Substanzen Indikationen gesucht. Solche ‚Indikationen‘ mögen durchaus außerhalb konventioneller psychiatrischer Nosologien (Krankheitslehrer) liegen: z.B. Erschöpfungszustände bei überarbeiteten Managern oder berufstätigen Müttern, ‚Schulmüdigkeit‘, Konzentrationsstörungen, aggressive Zustände bei Strafgefangenen, schizoide (kontaktarme, ungesellige) oder zyklothyme (durch ausgeprägte Stimmungswechsel charakterisierte) Persönlichkeitsstrukturen, Empfindlichkeit gegen Geräusche, leichter Schlaf... Wenn wir davon ausgehen, daß unsere Welt immer künstlicher, ‚menschengemachter‘ werden wird, gleichzeitig die Anforderungen der Leistungs- und Massengesellschaft an unsere psychische Stabilität immer größer werden, muß dann nicht jede mögliche chemische Beeinflussung psychischer Funktionen auf ihre eventuelle soziale Brauchbarkeit hin untersucht werden?“ (Helmchen/Müller-Oerlinghausen 1978, S. 16f.)

Literaturverzeichnis

- Breggin, Peter R.: „Psychiatric drugs: hazards to the brain“, New York 1983
- Breggin, Peter R.: „Giftige Psychiatrie“, Heidelberg 1996
- Breggin, Peter R.: „Auf dem Weg zum Verbot des Elektroschocks“, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): „Statt Psychiatrie“, Berlin 1993, S. 156–172
- Collier, Sylvia / Dibblin, Jane: „Justice weighted against women“, in: Observer v. 28.10.1990, S. 6
- Dörner Klaus: „Ethische Aspekte der Elektrokrampftherapie“, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 24. Jg. (1994), Nr. 3, S. 31–32
- Dörner, Klaus / Plog, Ursula: „Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, 7. Aufl., Bonn 1992
- Finzen, Asmus: „Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen“, 8. Aufl., Bonn 1990
- Förster, Andreas: „Skandal: E-Schock wieder im Aufwind“, in: Münchener Illustrierte, 1988, Nr. 12, S. 21–22
- Heim, Michael: „Uncharakteristische Basisstörungen und die Befindlichkeit schizophren Erkrankter in der Langzeitbehandlung mit Clozapin (Leponex)“, in: Dieter Naber / Franz Müller-Spahn (Hg.): „Clozapin“, Stuttgart / New York 1992, S. 43–50
- Helmchen, Hanfried / Müller-Oerlinghausen, Bruno: „Klinische Prüfung neuer Psychopharmaka“, in: dies. (Hg.): „Psychiatrische Therapie-Forschung – Ethische und juristische Probleme“, Berlin / Heidelberg / New York 1978, S. 7–26
- Huxley, Aldous: „Wiedersehen mit der Schönen neuen Welt“, in: ders.: „Schöne neue Welt. Wiedersehen mit der Schönen neuen Welt“, München 1987, S. 245–368
- Idris, Erdmuthe: „Ohne Depot-Neuroleptika geht es kaum“, in: Selecta, 30. Jg. (1988), Nr. 20, S. 1478–1483
- Keshavan, Matcheri S. / Kennedy, John S. (Hg.): „Drug-induced dysfunction in psychiatry“, New York usw. 1992
- Kimbel, Karl H.: „Arzneiverordnung bei Kindern und Alten“, in: Deutsches Ärzteblatt, 84. Jg. (1987), Nr. 41, S. 1878–1879
- „Krücke bleibt“, in: Spiegel, 49. Jg. (1995), Nr. 3, S. 145–146
- Lehmann, Peter: „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, 3. Aufl., Berlin 1993
- Lehmann, Peter: „Schöne neue Psychiatrie“, Band 1: „Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken“; Band 2: „Wie Psychopharmaka den Körper verändern“, Berlin 1996
- Lehmann, Peter / Stastny, Peter / Weitz, Don: „Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie“, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): „Statt Psychiatrie“, Berlin 1993, S. 449–482
- Littlewood, Roland / Cross, Sybil: „Ethnic minorities and psychiatric services“, in: Sociology of Health and Illness, Vol. 2 (1980), Nr. 2, S. 194–201
- „Mythos der Krankheit – die beiderseitige Scheu bleibt“, in: Eppendorfer, 7. Jg. (1992), Nr. 2, S. 35
- Petty, Leonora K. / Spar, Carol J.: „Haloperidol-induced tardive dyskinesia in a 10-year-old girl“, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 137 (1980), Nr. 6, S. 745–746
- Seeman, Mary V.: „Interaction of sex, age, and neuroleptic dose“, in: Comprehensive Psychiatry, Vol. 24 (1983), Nr. 2, S. 125–128
- Tornatore, Frank L. u.a.: „Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka“, Stuttgart / New York 1991