

Auszug aus: Peter Lehmann: "Schöne neue Psychiatrie", Band 2: "[Wie Psychopharmaka den Körper verändern](#)". E-Book. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2026, S. 117-133. (Ursprünglich publiziert in der gleichnamigen Printausgabe 1996, S. 85-96) / [PDF](#)

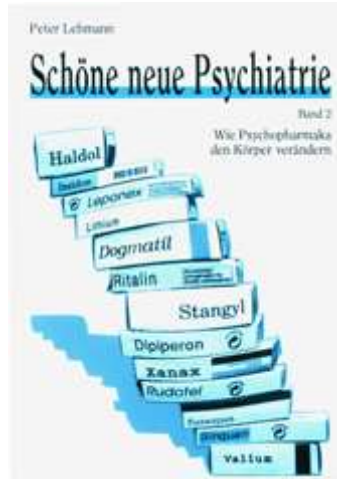
➔ **Rechtlicher Hinweis hinsichtlich der Gefahren von Psychopharmaka**

Peter Lehmann

**Das katatone Dilemma:
Elektroschocks als Antwort auf
lebensbedrohliche Neuroleptika-
Auswirkungen wie febrile
Hyperthermie und Malignes
Neuroleptisches Syndrom sowie bei
perniziöser Katatonie?**

Maligne Hyperthermie

Zustände der Hyperthermie (*Überwärmung des Organismus bei normaler bis erniedrigter Körpertemperatur*) können sich grundsätzlich zu lebensgefährlichen Erkrankungen entwickeln, besonders wenn Psychiater sie falsch diagnostizieren, trotz erster Krankheitszeichen weiterbehandeln oder ein Absetzen gar nicht möglich ist, da den Betroffenen Depotneuroleptika mit Langzeitwirkung eingespritzt sind. Hyperthermien, die ein lebensgefährliches Ausmaß erreichen, werden als maligne Hyperthermien bezeichnet. Die diesbezügliche Sterblichkeitsrate, die bei 65% bis 70% liegt (168), verdeutlicht die Gefährlichkeit dieser Neuroleptikawirkung.



Neuroleptikabedingte Körpertemperaturveränderungen können bleibende Schäden hinterlassen, wie bei Tornatore und Kollegen nachzulesen ist:

»Hyper- und Hypothermie sind potenziell lebensbedrohliche Zustände. Hyperthermie kann zum Hitzschlag mit Kreislaufversagen und irreversiblen zentralnervösen Schäden führen.« (1526:9)

Malignes neuroleptisches Syndrom

Eng mit der malignen Hyperthermie verwandt ist das maligne neuroleptische Syndrom. Es unterscheidet sich von der malignen Hyperthermie dadurch, dass mit den Fieberzuständen auch noch Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen einhergehen. Da sowohl Muskelsteifheit als auch Bewusstseinsveränderungen – unabhängig von Fieberzuständen – sehr häufig durchgängige Neuroleptikawirkungen darstellen, ist das maligne neuroleptische Syndrom nur schwer differenzialdiagnostisch von der malignen Hyperthermie abzugrenzen:

»Die Maligne Hyperthermie (MH) und das Maligne Neuroleptische Syndrom (MNS) sind iatrogene (*durch ärztliches Handeln verursachte*), vom klinischen Bild her nahezu identische Krankheitsbilder.« (1439:158)

Eindeutige Warnungen für den Fall eines malignen neuroleptischen Syndroms, wie sie zum Beispiel in einem Selecta-Notfallkurs gegeben wurden, lauten:

»Erste und wichtigste Maßnahme ist das Absetzen der Neuroleptika. Der Wasser- und Elektrolythaushalt muss sofort ausgeglichen werden.« (570:162) (...)

Febrile Katatonie

Zu allem Überfluss kann eine weitere Komplikation auftreten. Es gibt noch ein drittes psychiatrisches Syndrom, das nicht minder schwer von der malignen Hyperthermie und dem malignen neuroleptischen Syndrom unterschieden werden kann, nämlich die febrile Katatonie (auch »akute tödliche Katatonie« oder »perniziöse Katatonie« genannt). Diese gilt Psychiatern gemeinhin als einer der Anlässe für den Einsatz von Elektroschocks. Wesentliches Unterscheidungskriterium zwischen malignem neuroleptischem Syndrom und febriler Katatonie ist vermutlich die Art der erhöhten Muskelspannung; während diese beim malignen neuroleptischen Syndrom eher wächsern erscheine, imponiere sie

bei der febrilen Katatonie eher als Gegenhalten gegen die vom Untersucher geführten Bewegungen. Weit mehr als die behandlungswilligen Psychiater leiden die Betroffenen unter dem diagnostischen Dilemma, weil nämlich

»... das maligne neuroleptische Symptom in vielen Fällen gar nicht erkannt wird und fälschlicherweise der akuten lebensbedrohlichen Katatonie zugeordnet wird.« (658:192)

»Die wichtigste und zugleich schwierigste Differenzialdiagnose ist die *febrile* oder *perniziöse Katatonie*. Diese kann man klinisch kaum vom malignen neuroleptischen Syndrom unterscheiden. Besonders kompliziert wird es, wenn sie bei neuroleptisch vorbehandelten Patienten auftritt oder wenn sich ein neuroleptisches Syndrom im Verlauf der Neuroleptika-Therapie einer Katatonie entwickelt.« (570:162)

Zusätzliche Elektroschocks

Dass es sich hier nicht um belanglose theoretische Probleme handelt, zeigen Versuche von Psychiatern wie Folkerts (447), in dieser Situation ausgerechnet die Verabreichung von Elektroschocks mit ihren (zusätzlich zu den Hirnschädigungen) zu erwartenden extremen vegetativen Belastungen für den Organismus nahezulegen. Während die Betroffenen an der Schwelle zum Tod stehen, stehen Psychiater, festgelegt durch ihre Lehrmeinung, vor dem erwähnten Problem, dem »katatonen Dilemma« (164): eine zu niedrige oder unterbrochene Neuroleptikadosierung bei Febriler Katatonie könne ebenso schnell zum Tod führen wie die Fortsetzung dieser Behandlung beim Malignen Neuroleptischen Syndrom. Während nun die einen Psychiater aufgrund der Ähnlichkeit von jeweils tödlich verlaufendem Malignem Neuroleptischem Syndrom und neuroleptikabedingter Febriler Katatonie meinen, beide Erkrankungsformen repräsentierten ein Spektrum sich entwickelnder schwerer extrapyramidalen Reaktionen (1601), behaupten andere schlicht, Malignes Neuroleptisches Syndrom und Febrile Katatonie seien lediglich Symptome der »Schizophrenie« (15). Mit diesem immer wieder wirksamen Mittel, jedwedes Problem der Diagnose »Schizophrenie« in die Schuhe zu schieben, empfehlen sie angesichts des katatonen Dilemmas als einfaches Problemlösemittel den »bewährten« Elektroschock. Wo manch ein Psychiater Skrupel äußern könnte, wenn mit Neuroleptika unter dem Bild des Malignen Neuroleptischen Syndroms eben diejenigen Kernsymptome (Hyperthermie und Spannungserhöhung der Skelettmuskulatur) erzeugt werden, zu deren Behandlung sie bei der Akuten Febrilen Katatonie eingesetzt werden sollen, und deshalb möglicherweise eher Zurückhaltung im Behandlungsdrang fordern, sehen sich andere, wie beispielsweise Ernst Renfordt von der Universitätsanstalt Berlin, in ihrem Wunsch nach unbegrenzter Behandlungsvielfalt bestärkt:

»Dieses therapeutische »Katatonie-Dilemma« hat die Frage aufgeworfen, ob eine neuroleptische Behandlung der AFK (*Akuten Febrilen Katatonie*) eine perniziös-katatonen Entgleisung nicht sogar fördern könne. Beide Gesichtspunkte lassen es angezeigt erscheinen, die Indikation zu einer Elektrokrampfbehandlung (EKT) zu stellen...« (1245:153)

Tatsächlich warnten Mediziner wie z.B. Tornatore und Kollegen, der Einsatz von Elektroschocks sei »... angesichts der schwerwiegenden körperlichen Funktionsstörungen sehr kritisch zu betrachten...« (1526:39) Wie die Schädigungen den sich abzeichnenden besonderen Risiken entsprechen, geht aus Berichten über den Elektroschockeseinsatz in Notfallsituationen der Akuten Febrilen Katatonie hervor, die durch Neuroleptika heraufbeschworen wurden. So beschrieben beispielsweise L. Hermle und G. Oepen von der Universitätsanstalt Freiburg eine Episode im Leben der 19jährigen Frau B., die schon mit neun Jahren aufgefallen und psychiatrischer Behandlung ausgesetzt worden war. Mit der Zeit bereitete die junge Frau ihrer Umwelt immer mehr Probleme, bis sie am 21. Juli 1984 von der Polizei in die Anstalt gebracht, dort ans Bett geschnallt und gleichzeitig mit Promazin, Levomepromazin, Haloperidol und Clopenthixen behandelt wurde. In ihrem ausführlichen Fallbeispiel schilderten die Psychiater, wie Frau B. nach sechs Tagen Neuroleptikabehandlung an Febriler Katatonie erkrankte:

»Am 27.7.1984 Umschlag in ein stuporöses Bild mit Verweigerung der Nahrung, Enuresis (*Einnässen*) und Enkopresis (*Kotschmierern*). Starke Verlangsamung, auf Ansprache wurden nur noch einfache Aufforderungen wie Mundöffnen und Augenschließen befolgt. Seit dem 1.8.1984 Fieber (39°C rektal), Leukozytose (*krankhafte Vermehrung der weißen Blutkörperchen*) von 11200; BSG (*Blutsenkungsgeschwindigkeit*) 25/51; daraufhin Infusionstherapie und Antibiotikagabe. EKG: Sinustachykardie mit einfacher AV-Dissoziation (*spezielle Form von Herzjagen*). Haloperidol i.m. auf 2 x 5 mg pro die (*Tag*) reduziert. Seit dem 3.8.1984 Zunahme des Stupors mit deutlicher allgemeiner Tonusvermehrung der Muskulatur, Speichelfluss, völlige Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung. Bei verwaschener Sprache ließen sich andeutungsweise akustische

Halluzinationen und Verfolgungsideen eruieren. Sonst neurologisch regelrechter Befund. Die Lumbalpunktion (*Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit*) am 6.8.1984 ergab 2/3 Zellen, 16 mg/ml Eiweiß. Die IgC-Fraktion und die übrigen Eiweißfraktionen waren gleichfalls unauffällig. Aufgrund dieser Befundkonstellation wurde die Diagnose einer »perniziösen Katatonie« gestellt, die neuroleptische Medikation von Haloperidol auf Benperidol (3 x 6 mg i.v.) umgestellt. Auf Wadenwickel und Antibiotikagabe erfolgte keine Entfieberung; wegen zunehmendem Stupor mit Katalepsie, Nahrungsverweigerung, fast völligem Mutismus und schwerer Dysphagie wurde sie am 9.8.1984 auf die Intensivstation des Kreiskrankenhauses zur geplanten EKT-Behandlung verlegt.« (658:190)

Von der dort vollzogenen Behandlung (Benperidol und zusätzlich zwölf Elektroschocks) erholte sich die Frau im weiteren Verlauf nur wenig, auch wenn in diesen drei neuen Behandlungswochen das Neuroleptikum abgesetzt, gegen die ausgeprägten motorischen Störungen Antiparkinsonmittel und zur Beruhigung Tranquilizer gegeben wurden. Laut Bericht der Psychiater kam es zu einer speziellen Gehirnerkrankung, der ideatorischen Apraxie, was die Unfähigkeit zu zweckmäßigem Handeln trotz erhaltener Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeit meint. Es

»... bestand für einfache motorische Handlungsabläufe (z.B. Geschirrwaschen, Bettenmachen, Zigarettenanzünden) eine erhebliche Störung im Sinne einer ideatorischen Apraxie. Die Erinnerungs- und Merkfähigkeit war in Verbindung mit der erheblichen Intelligenz- und Konzentrationsstörung schwer gestört.« (658:190f.)

Der geschilderte Behandlungsverlauf galt den berichtenden Psychiatern als Stabilisierung des psychischen Zustands. Sie lobten:

»Der psychische Zustand besserte sich während der ersten drei Behandlungswochen eindrucksvoll und kontinuierlich. B. wurde zunehmend lebhafter und aktiver und fügte sich besser in das Stationsleben ein. In der Beschäftigungstherapie war sie nur in der Lage, einfachste Arbeiten durchzuführen. Versuche, sie in der Gärtnerei, in der Bügelstube und beim Küchendienst, an einfachste lebenspraktische Tätigkeiten heranzuführen, schlugen alle fehl.« (658:190)

Die psychiatrische Leidensgeschichte von Frau B. verdeutlicht dreierlei. 1. Der Charakter psychiatrischer Praxis wird deutlich, wenn der Zustand der jungen Frau – intellektueller Abbau und Fähigkeit nur noch zur primitivsten Arbeiten – als Besserung bewertet wird. 2. Die Geschichte zeigt beispielhaft, wie in der Psychiatrie Menschen zu chronisch Behinderten gemacht werden können, und sie zeigt insbesondere, wie Hirnkrankheiten (wie die Perniziöse Katatonie) produziert oder psychische Probleme durch abstruse Behandlungsformen zur Eskalation gebracht werden, wobei der gequälte Zustand der Betroffenen schließlich noch als Rechtfertigung für Elektroschocks herhalten muss. 3. Es wird deutlich, wie wenig Psychiater von einfachen medizinischen Behandlungsmitteln wie dem Spasmolytikum Dantrolen (1439), einem krampflösenden Mittel, Gebrauch machen, das überall in der Fachliteratur als das Mittel zur Behandlung der Febrilen Katatonie beschrieben wird, eventuell in Kombination mit Elektrolytzufuhr – und nicht nur das: auch zur Behandlung vom Malignen Neuroleptischen Syndrom und von Maligner Hyperthermie gilt es als relativ komplikationsloses Therapeutikum (167;1245).

»Für alle drei Krankheitsbilder ist ein Ansprechen auf das periphere Muskelrelaxans (*Mittel, das die Nervenimpulsübertragung im Bewegungsapparat blockiert*) Dantrolen beschrieben...« (1346:100)

– äußerte beispielsweise C. Linge von der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin am Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer gemeinsam mit zwei psychiatrisch Tätigen 1988 in ihrem Aufsatz »Zur Differentialdiagnostik der Malignen Hyperthermie, der febrilen Katatonie und des neuroleptischen malignen Syndroms«. Wenn Psychiater die Anwendung von Medikamenten wie z.B. Dantrolen nicht einmal in Erwägung ziehen, kann dies auch darin begründet liegen, dass sie – gerade an Universitätsanstalten – immer wieder Patientinnen und Patienten brauchen, an denen sie zu Lehrzwecken Elektroschocks vollziehen können. Außerdem benötigen sie die Febrile Katatonie als wichtigen Baustein ihrer Legitimation von Elektroschocks: angeblich nur diese brachiale Behandlungsform überwinde das tödliche Risiko der Febrilen Katatonie. Da sie in ihren Fachschriften zugeben, die Behandlung der Febrilen Katatonie sei – unbemerkt von der eigenen Kollegenschaft – längst in die Fachbereiche der Inneren Medizin, der Neurologie und der Anästhesiologie übergegangen, vergleichbar mit schweren Alkoholdeliren und Vergiftungszuständen (593;1346), drängt sich der sicherste Weg zur Lösung des katatonen Dilemmas geradezu auf: Vermeiden und Ablehnen von neuroleptischer Behandlung und Elektroschocks sowie Bestehen auf ordentlicher ärztlicher Behandlung, sofern notwendig.

Das Schicksal von Frau B. ist kein Einzelfall. Von Elektroschockesinsätzen gegen einen Patienten, der nach einwöchiger Verabreichung von Haloperidol und Antiparkinsonmitteln in einen Zustand der wächsernen Muskelstarre geraten war, verbunden mit Schweißausbrüchen, Erhöhung von Körpertemperatur und Blutdruck sowie Verstummen, berichteten z.B. der Kardiologe Joseph Alpert mit Psychiatern der Harvard Medical School in Boston (1232). In diesem Fall hatte man sich für die Diagnose »Akute Febrile Katatonie« entschieden, obwohl es sich wahrscheinlich um ein Malignes Neuroleptisches Syndrom handelte: wegen der wächsernen Starre, dem diagnostisch einfachsten Unterscheidungssymptom, was aber, so Hermle und Oepen, unter Psychiatern in Vergessenheit geraten sei (658). Nichtsdestotrotz, man behandelte den Patienten, einen 22jährigen Studenten, zuerst einmal mit Chlorpromazin weiter, obwohl er bereits Herzrasen und eine Lungenembolie entwickelt hatte, und setzte ihn dann einer Serie von sechs Elektroschocks aus. Darauf geriet er in einen komatösen Dauerzustand, aus dem er, als mit der Verlegung in ein Pflegeheim nach sieben Monaten das Interesse von Alpert & Co. anscheinend endete, immer noch nicht erwacht war (1232).

Quellen siehe: [Peter Lehmann: Schöne neue Psychiatrie, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern](#), E-Book. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2026