

Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen?

Von Peter Lehmann

Das Thema der Suizidalität als Folge psychiatrischer Behandlung beschäftigt mich schon über 30 Jahre. 1977 lernte ich die suizidfördernde Wirkung von Neuroleptika und psychiatrischer Ideologie von lebenslanger Behandlungsnotwendigkeit am eigenen Leib kennen. Seitdem engagiere ich mich für die Erfassung von Selbsttötungen insbesondere als Folge der Neuroleptika-Eigenwirkung. Meine Erfahrungen haben mir gezeigt, dass eine solche Maßnahme dringend nötig ist, aber recht arbeitsaufwendig sein wird. Hinterbliebene können nicht einfach mit dem Abgreifen von Daten abgespeist werden. Begreifen diese, dass am Tod ihrer Familienmitglieder diejenigen wesentlich beteiligt waren, denen sie vertraut hatten, brauchen sie Beistand. Nach meiner Meinung kann dieser nicht nebenbei geleistet werden. Nötig ist ein

arbeitsfähiges Team innerhalb einem mit Mitteln ausgestatteten Verband mit kompetentem Vorstand und loyaler Geschäftsstelle.

Nachdem ich bei der BPE-Mitgliederversammlung (MV) 2008 meinen Antrag, innerhalb des BPE ein Suizidregister einzurichten, unter dem Eindruck des Geschehens während der MV kurzfristig zurückgezogen hatte, hielt ich im Mai bzw. Juni 2010 bei Kongressen in Toronto und Manchester Vorträge zum Thema Suizidalität durch psychiatrische Behandlung. (Der englische Text steht im Internet unter www.peterlehmann.de/injury.) Der Zuspruch veranlasste mich, Arbeitsgruppen zu planen, in denen weiter diskutiert werden soll, wie die Bedingungen geschaffen werden können, dass es endlich ein erster Schritt zu einem wirksamen Suizidregister gemacht wird. Eine Arbeitsgruppe gemeinsam

mit Janet Wallcraft, einer Psychiatriebetroffenen aus England, findet Ende September beim Kongress des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen in Thessaloniki in Griechenland statt (Informationen im Internet unter www.enusp.org/events). Die deutschsprachige Arbeitsgruppe „Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention“ biete ich an beim „7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie: Depressivität und Suizidalität. Prävention – Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe“ in Bielefeld-Bethel am 29. Oktober 2010 (Informationen unter www.evkb.de/dreilaenderkongress oder bei Sabine Urban, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld, Tel. 0521/772-78510). „Insgesheim“ hoffe ich auf das Zustand-

dekommen einer betroffenenkontrollierten Forschungsmaßnahme auf internationaler Ebene, evtl. in Kooperation mit einer Universität. Sollte sich eine andere Möglichkeit ergeben, wäre das natürlich auch recht.

Was verbirgt sich hinter dem Suizidregister?

Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen könnte verlässliche Erkenntnisse bringen über den Zusammenhang zwischen Psychopharmakawirkungen und Suizidalität und es könnte wirksame Vorsorgemaßnahmen ermöglichen. Bisher wird die behandlungsbedingte Suizidalität im psychiatrischen Bereich tabuisiert.

Im Rahmen des „Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung in 2001-2006“ befragten Organisationen von Psychiatriebetroffenen und Psychiatrie- und Angehörigenverbände verschiedener Länder psychiatrisch Tätige, Angehörige und Betroffene. Ergebnis der mit Unterstützung der Europäischen Union durchgeführten Studie „Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen“: Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich systematisch diskriminiert. Eine der vorgeschlagenen Antidiskriminierungsmaßnahmen war die gesetzliche Gleichstellung zum Schutz der Menschenwürde und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit, unter anderem durch die Einführung eines Suizidregisters, verbunden mit den nötigen Finanzmitteln [1].

Risikofaktoren für Depressionen und Suizidalität

Im Allgemeinen kommt es zu Suizidversuchen, wenn ein Mensch eine mehr oder weniger reflektierte, bewusste und psychologisch begründete Entscheidung trifft: sich wegen unerträglich empfundenen Leids das Leben zu nehmen. Politische, soziale, und ökonomische Suizidfaktoren sind bekannt. Dies gilt auch für psychiatrische Faktoren: Depression kann Suizidalität ebenso bewirken wie Angst vor Zwangsunterbringung oder Verzweiflung angesichts einer als unheilbar verstandenen psychiatrischen Diagnose, insbesondere wenn diese mit Selbststigmatisierung und mit sozialem Abstieg verbunden ist. Nicht zu vergessen sind medizinische Krankheiten, die mit Suizidalität einhergehen können, zum Beispiel neurologische Erkrankungen wie Parkinson. Selbst genetisch bedingte Abnormalitäten im Serotoninsystem werden mit Suizidalität in Verbindung gebracht. Und es gibt eine Viel-

zahl pharmakologischer Ursachen; Suizidalität kann medikamentös bedingt sein, zum Beispiel durch Tuberkulostatika, Chemotherapeutika, orale Verhütungsmittel und ebenso durch Psychopharmaka wie Tranquilizer, Antiepileptika, Antidepressiva und Neuroleptika.

Suizidalität und psychiatrische Psychopharmaka

Seit Jahren liegen Berichte vor über die mögliche suizidale Wirkung von Benzodiazepinen. Auch die chronische Abhängigkeit von Benzodiazepinen ist als Risikofaktor für Suizidalität bekannt.

2008 warnte die US-amerikanische Arzneibehörde, Antiepileptika könnten das Risiko von suizidalen Gedanken oder Handlungen erhöhen. Die Hersteller wurden zu Warnhinweisen in den Fachinformationen verpflichtet. Die Warnung umfasste alle Antiepileptika, auch aus psychiatrischen Erwägungen verabreichte.

Was Antidepressiva betrifft, so meldete 2004 die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, dass sich eine Suizidalität auch bei Erwachsenen – insbesondere in Kombination mit sogenannten psychomotorisch-exzitatorischen [durch Erregungszustände charakterisierten] Nebenwirkungen der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – verschlimmern oder auch neu entstehen könne, so dass sich eine lebensgefährliche Bedrohung ergeben könnte.

Da heutzutage als Alternative zu riskanten Antidepressiva ausgerechnet wieder Elektroschocks angepriesen werden, soll an dieser Stelle hingewiesen sein auf deren bekannte hirschädigende und suizidale Wirkungen, siehe beispielsweise das Buch „Mitgift – Notizen vom Verschwinden“ von Kerstin Kempker [2].

Neuroleptika wirken durch eine Blockade speziell des Nervenimpulsüberträgerstoffs Dopamin mit dem Ergebnis, dass sich ein mehr oder weniger subtiles Parkinsonoid einstellt. Das Parkinsonoid, primär eine Erkrankung des Bewegungsapparats, beinhaltet Veränderungen auch auf psychischer Ebene. Neurologen definieren diese als Parkinsonpsyche: ein gesetzmäßig mit dem Parkinsonoid einhergehender Symptomenkomplex, der sich von Apathie und Willenlosigkeit über Depression und Suizidalität bis hin zu Verwirrtheits- und Delirzuständen erstreckt.

Depression und Suizidalität sind normale, im Prinzip dosisunabhängige Wirkungen von Neuroleptika [3]. Psychiater akzeptieren dies offensichtlich. Frank Ayd von der psychiatrischen Abteilung des Franklin Square Hospitals in Baltimore schrieb schon 1975, es bestehe eine

allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum zu jeder Zeit auftreten können, ebenso wie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum [4].

Peter Müller von der psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen fand in seiner placebokontrollierten Untersuchung bei zwei Drittel der depotneuroleptisch behandelten depressiven Syndrome; ohne neuroleptische Behandlung fanden sich hingegen nach vollständigem Verschwinden der sog. psychotischen Symptome diese depressiven Verstimmungen nur ausnahmsweise, so sein Ergebnis [5]. Dieses entspricht Berichten aus erster Hand über neuroleptikabedingte Suizidalität, zum Beispiel Regina Bellions Schilderung ihrer Persönlichkeitsveränderung unter Neuroleptika:

„Hinter meiner neuroleptischen Mauer vegetiere ich vor mich hin und bin ausgesperrt aus der Welt und aus dem Leben. Die reale Welt ist weiter von mir weg als Pluto von der Sonne. Meine eigene heimliche Welt ist auch weg – diese letzte Zuflucht habe ich mir mit Haldol zerstört. Dies ist nicht mein Leben. Dies bin nicht ich. Genauso gut könnte ich tot sein. Eine Idee nimmt allmählich Form an: Bevor es Winter wird, werde ich mich erhängen. Vorher will ich ausprobieren, ob mein Leben ohne Haldol anders wird. Ich reduziere die Tropfen. Weniger und weniger nehme ich davon ein, bis ich bei Null ankomme. Nach einem Monat bin ich clean. Da merke ich, wie verwahrlost ich bin. Ich wasche mir die Haare, beziehe das Bett, mache die Wohnung sauber. Ich bereite eine warme Mahlzeit. Das macht mir sogar Vergnügen. Ich kann wieder denken.“ [6]

Vergleichbare Berichte liegen für sogenannte atypische Neuroleptika vor. Psychiatern geht es bei Selbstversuchen im Prinzip nicht anders, auch sie beschreiben das demoralisierende Gefühl der Minderwertig- und Leistungsunfähigkeit unter Neuroleptika, „das Erlebnis eines ganz passiven Existierens bei klarer Kenntnis der sonstigen Möglichkeiten“.

Suizidregister im psychiatrischen Bereich

Drei Register versuchten oder versuchen im psychiatrischen Bereich, Zusammenhänge zwischen mit Suizidalität einhergehender verminderter Lebenserwartung und medizinischen Behandlungsformen aufzudecken.

(1) Nach Flugblattaktionen und Informationen über neuroleptikabedingte Suizide gründeten

die Irren-Offensive Berlin (damals eine undogmatische Selbsthilfegruppe) und das Psychiatrie-Beschwerdezentrum 1983 die „Erfassungsstelle für Selbstmorde durch psychiatrische Behandlung“ (ESPB) und riefen per Pressekonferenz im Rathaus Schöneberg zur Unterstützung ihrer Initiative auf, allerdings erfolglos, so dass die ESPB ihre Aktivitäten wieder einstellte.

(2) Mit einem Sonderbogen zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen möchte die Gruppe „Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie“ (AMÜP) Bayern um den Psychiater Manfred Wolfersdorf seit Anfang der 90er Jahre Daten zur möglicherweise behandlungsbedingten Suizidalität sammeln. 2002 reflektierte AMÜP Bayern über ihre Ergebnisse und die vielfältigen methodologischen Probleme und sprach sich für weiter entwickelte Fragenkataloge und Erfassungsbögen aus. Wiederholte Angebote zur Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen blieben jedoch ebenso ergebnis- und erfolglos wie das bayerische Suizidregister insgesamt.

(3) Ein Suizidregister in Schweden besteht seit Februar 2006. Dort müssen alle Suizide, die innerhalb von vier Wochen nach dem letzten Arztbesuch stattfinden, dem Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen gemeldet werden. 2007 waren es 393 Fälle. Von diesen hatten 338 – 86% – im Jahr vor ihrem Suizid Psychopharmaka verabreicht bekommen, in 77% Antidepressiva und/oder Neuroleptika. Noch deutlicher geht der Zusammenhang von Psychopharmakabehandlung und Suizidalität aus den aus Blutanalysen gewonnenen Autopsiedaten der Nationalen Schwedischen Kommission für Forensik hervor. Danach hatten sich 2007 in Schweden 1126 Menschen das Leben genommen; bei 724 Menschen (64%) wurde Psychopharmaka im Blut nachgewiesen [7].

Eine Anmerkung zu den Daten aus Schwe-

den: Nach meinem Vortrag in Manchester bei der „13. Konferenz des Internationalen Netzwerks der Philosophie und Psychiatrie: „Real People: The Self in Mental Health and Social Care““ erfuhr ich, dass Janne Larsson, der die schwedischen Daten ins Internet stellte, mit der sogenannten Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte, einem Zweig der Scientologensekte, in Verbindung gebracht wird, da er auf deren Website einen Artikel publizierte. Allerdings kann die Zugehörigkeit zu Scientology auch von Freunden der Pharmaindustrie konstruiert worden sein, um ihn zu diskreditieren und sich nicht mit ungeliebten Fakten auseinandersetzen zu müssen. Aus eigener Erfahrung kenne ich solche Verleumdungsversuche zur Genüge. Da Larsson die Daten des Zentralamts für Gesundheits- und Sozialwesen und der Nationalen Schwedischen Kommission für Forensik lediglich wiederholt, würde die Diskussion über seine mögliche Verbindung zu Scientology nur ablenken von den Fakten: den möglichen suizidalen Wirkungen von psychiatrischen Psychopharmaka. Könnte sich die schwedische Regierung entschließen, die Daten selbst zu publizieren, würde sich der Verweis auf eine Quelle mit möglicherweise zweifelhaftem Hintergrund erübrigen.

Konsequenzen

Folgende Handlungsnotwendigen ergeben sich aus den dargestellten Fakten:

- Es ist ein Pilotprojekt unter Mitwirkung unabhängiger Psychiatriebetroffener zur Entwicklung eines Suizidregisters auf den Weg zu bringen. Ist bei Suizidpräventionsprogrammen, in Forschung oder Lehre eine Mitwirkung von unabhängigen Psychiatriebetroffenen möglich, sollte darauf geachtet

werden, dass Pharmafirmen und von ihnen gesponserte Angehörigenverbandsvertreter und Psychiater ausgeschlossen bleiben.

- Vor psychopharmakabedingten Suizidrisiken muss öffentlich gewarnt werden, da Hersteller, Behörden und psychiatrisch Tätige Suizide offenbar in Kauf nehmen und das Thema tabuisieren, aus welchen Gründen auch immer.
- Kommt es unter der Wirkung von Psychopharmaka zum Suizid, sollte im Sinne der Gleichheit vor dem Gesetz, die auch für Psychiater gilt, auf den Straftatbestand des Eventualvorsatzes plädiert werden. Der Eventualvorsatz liegt nach herrschender (deutscher) Auffassung vor, wenn der Täter den Taterfolg – in diesem Fall den Suizid – als Folge seines Handelns ernsthaft für möglich hält und ihn zugleich billigend in Kauf nimmt und sich damit abfindet. Allgemein herrscht unter Juristen Einigkeit, dass für die Strafbarkeit einer Tat Eventualvorsatz genügt. Auch für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit genügt als Vorsatz der bedingte Vorsatz [8].
- Werden aus Gründen der Suizidprophylaxe Psychopharmaka abgesetzt, sollte dies in verantwortungsvoller Form gemacht und gegebenenfalls nach risikoarmen Behandlungsalternativen gesucht werden.

Bessere Kenntnisse über suizidale Wirkungen von Psychopharmaka und anderen psychiatrischen Maßnahmen könnten psychiatrisch Tätigen, Angehörigen, Freunden und Betreuern dabei helfen, die Suizidalität gefährdeter Menschen nicht zu verstärken. Sofern ihnen überhaupt Entscheidungsmöglichkeiten eingeräumt werden, wüssten Menschen in psychischer Not in Kenntnis der Risiken, welche Substanzen sie auf der Suche nach Hilfe besser meiden sollten.

Literatur

1. www.enusp.org/harassment/ Stand 22.7.2006
2. Kerstin Kempker: „Mitgift – Notizen vom Verschwinden“, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2000
3. Peter Lehmann: „Behandlungsergebnis Selbsttötung – Suizidalität als mögliche Wirkung psychiatrischer Psychopharmaka“, in: Psychologie & Gesellschaftskritik, Nr. 104 (26. Jg., Heft IV), S. 99-111 – www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/suizid
4. Frank J. Ayd: „The depot fluphenazines“, in: American Journal of Psychiatry, Bd. 132 (1975), S. 491-500
5. Peter Müller: „Depressive Syndrome im Verlauf schizophrener Psychosen“, Stuttgart: Enke 1981
6. Regina Bellion: „Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an“, in: Peter Lehmann (Hg.): „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 3., akt. Aufl. 2008, S. 313-323
7. Janna Larsson: „Psychiatric drugs & suicide in Sweden 2007“, 2009 – psychiatricdrugs.jannel.se/#home / Stand 27.6.2010
8. <http://de.wikipedia.org/wiki/Eventualvorsatz/> Stand 5.8.2010