

"Atypische" Neuroleptika – typische Unwahrheiten

Kurzfristigen Erleichterungen durch "atypische" Substanzen steht die Gefahr langfristig verstärkter psychotischer Symptome gegenüber. Die ersten neuen Neuroleptika wurden wegen tödlicher vegetativer Zwischenfälle bereits vom Markt genommen. Nichtsdestotrotz macht man "Atypische" den Betroffenen schmackhaft. Doch wer hilft ihnen beim Absetzen?

Von Peter Lehmann

Um moderne Neuroleptika (zum Beispiel Abilify, Risperdal, Serolect, Seroquel, Solian, Zyprexa) anzupreisen, verpönt man jetzt herkömmliche Neuroleptika: Zahnausfall würden sie herbeiführen, chronische Muskelstörungen, verminderte Lebensqualität sowie Berentung und Pflegekosten. Wegen der Verordnung "atypischer" Neuroleptika seien noch keine Fälle von Arztregress, d.h. Schadenersatzklagen gegen Ärzte bekannt geworden, so Beate Lakotta im Dezember 2002 im *Spiegel* (Lakotta 2002). Nur teilweise groteske Gewichtszunahme, Herzrhythmusstörungen sowie Knochenmarks- und Blutbildstörungen

gen könnten als Nebenwirkungen auftreten, seien aber mit regelmässigen Laborkontrollen zu begrenzen. Beate Lakotta ist Preisträgerin des "Lilly Schizophrenia Reintegration Awards", gestiftet vom Pharmahersteller Lilly Pharma Holding GmbH. Lilly ist der Hersteller des weit verbreiteten Zyprexa.

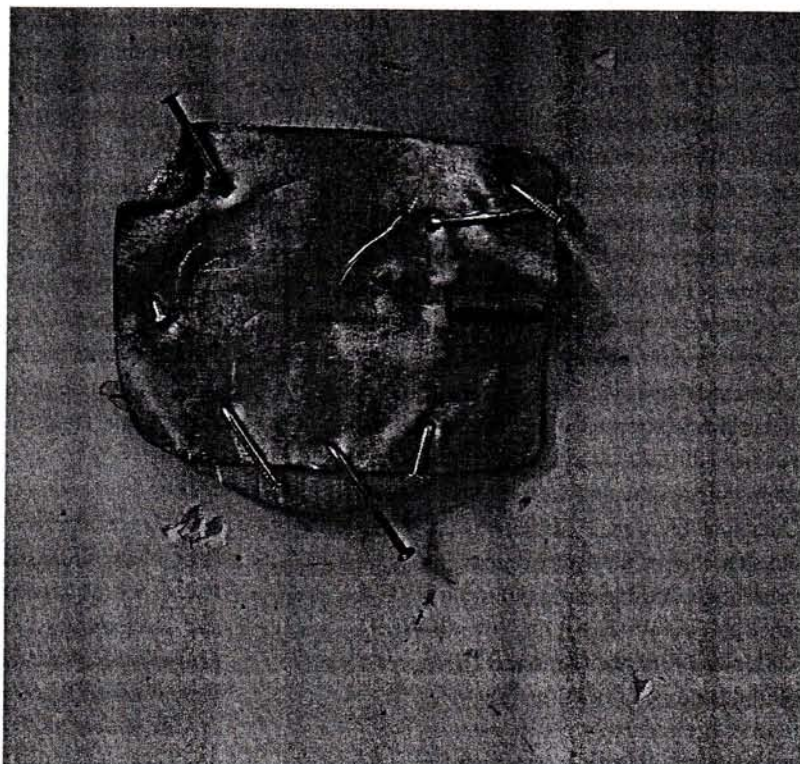
Wirkungsweise und Auswirkungen

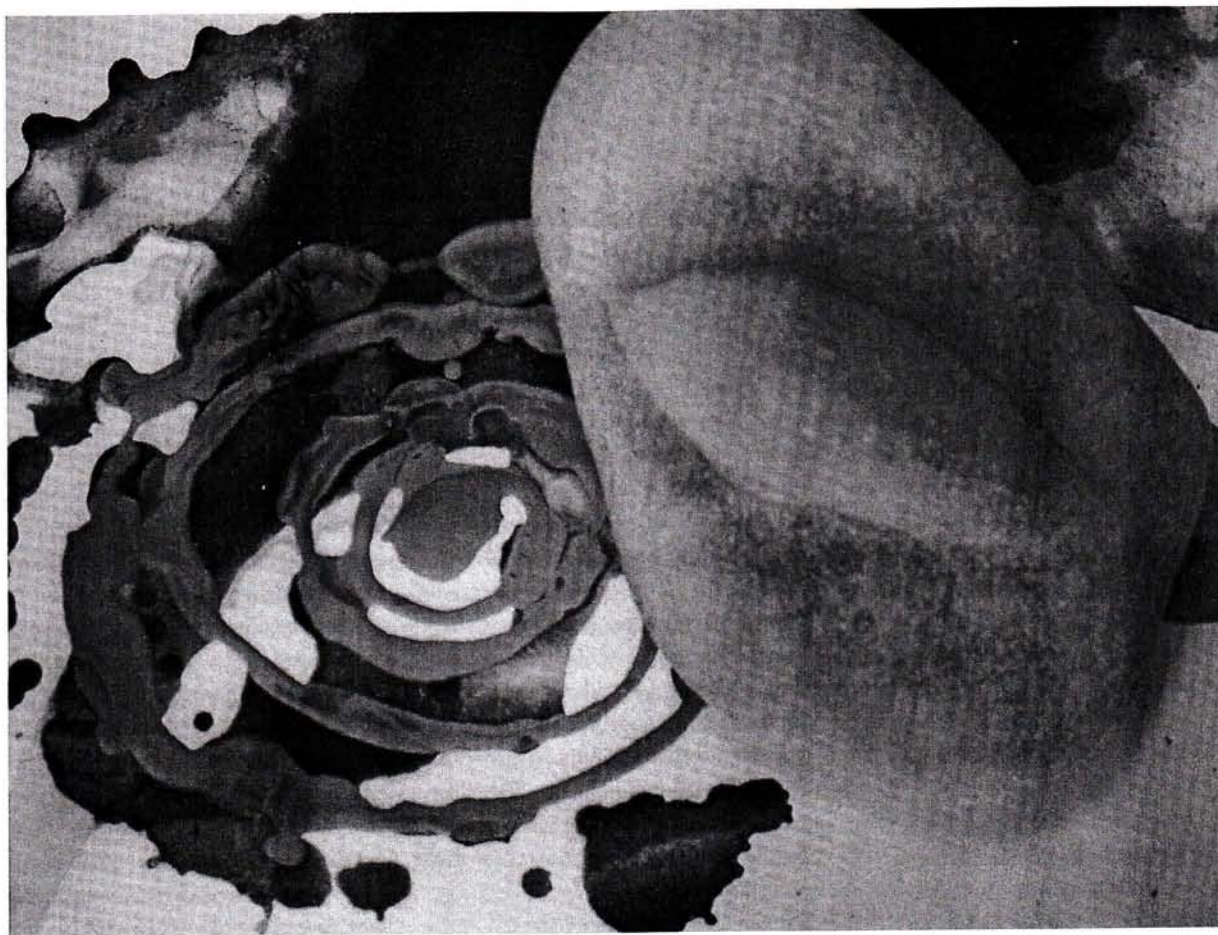
Den modernen Neuroleptika werden diejenigen Präparate zugeordnet, die in ihrer Wirkung dem in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts einge-

führten Prototyps Clozapin (im Handel auch als Elcrit und Leponex) entsprechen. Der Wirkung liegt offenbar die Blockade spezieller Dopaminrezeptoren-Subtypen zugrunde, so dass seltener Dyskinesien (Muskel- und Bewegungsstörungen) auftreten und viele Betroffene von einer besseren Verträglichkeit ausgehen. Wie der Psychiater Hans-Joachim Haase allerdings erklärte, verhält sich Clozapin lediglich "ähnlich wie andere Neuroleptika, denen man eine zunehmend hohe Dosis eines Antiparkinsonmittels hinzugibt" (Haase 1988, S. 143).

1991, 34 Jahre nach Leponex, wurde als nächstes clozapinartiges Neuroleptikum Remoxiprid (Roxiam) als "Rose ohne Dornen", d.h. als Medikament ohne Nebenwirkungen angekündigt. Drei Jahre später wurde es wieder vom Markt genommen: wegen einer Reihe lebensgefährlicher Fälle von aplastischer Anämie, d.h. Blutarmut mit Verminderung der roten und weissen Blutkörperchen, beruhend auf einem Defekt im blutbildenden System (vgl. Lehmann 1996b, S. 133). Sertindol (Serolect) galt lange als nebenwirkungsarm, im November 1998 fand sich im Internet in medizinischen Datenbanken sogar der Begriff "nebenwirkungsfrei". Am 2. Dezember 1998 meldete die *Ärzte Zeitung*: "Vertrieb von Serolect® gestoppt – Anlass sind schwere kardiale (das Herz betreffende) Nebenwirkungen und Todesfälle."

Auch Risperidon (Risperdal) soll die Lebensqualität erhöhen. In der Medical Tribune vom 26. Mai 2000 lobte der Hamburger Psychiater Die-





ter Naber Risperidon als "gut verträgliches Medikament" (Naber 2000). Just am gleichen 26. Mai 2000 wurden in Philadelphia der Psychiatriebetroffenen Elizabeth Liss 6,7 Millionen US-Dollar Schmerzensgeld zugesprochen, zahlbar vom behandelnden Psychiater. Frau Liss war nach vierzehnmönatiger Risperdalverabreichung an tardiver Dystonie erkrankt. Dabei handelt es sich um eine Unterform der tardiven (während der Behandlung, beim Absetzen oder danach auftretenden chronischen) Dyskinesie, die sich in Form von Krämpfen der Gesichts- und Nackenmuskulatur äußert (vgl. Breggin 2000).

Risiken und Schäden

Moderne clozapinartige Neuroleptika stehen generell unter Verdacht, vegetative und Organschäden wie etwa Neuroleptische Maligne Syndrome und Leberstörungen zu produzieren. Agranulozytosen (abruptes Absterben der weissen Blutkörperchen mit le-

bensbedrohlichen Folgen) wurden ebenso publik wie die unübersehbare und rasche Zunahme des Körpergewichts mit seiner für Herz und Kreislauf immensen Gefahren. Clozapinartige Neuroleptika erhöhen auch die Blutkonzentration des Hormons Prolaktin; mit dieser psychopharmakatischen Störung einher geht ein 9,5-mal höheres Brustkrebsvorkommen, das Gynäkologen laut einer im *American Journal of Psychiatry* veröffentlichten Studie bei Psychiatriepatientinnen fanden (Halbreich / Shen / Panaro 1996; vgl. Lehmann 1996b, S. 52).

Depressionen und Suizidalität sind weitere Risiken, über die Psychiater eher reden, wenn sie unter ihresgleichen sind, obwohl sie laut internen Berichten bei zwei Drittel der Betroffenen behandlungsbedingt auftreten. Suizidale Auswirkungen haben auch Neuroleptika wie Leronex, was der Bericht der Österreicherin Ursula Fröhlich in "Schöne neue Psychiatrie" belegt:

"Mein Leben, das einst so leicht und schön gewesen ist, so abwechslungsreich

und interessant, lebenswert und vollgeladen mit Aktivitäten, ist zur Hölle geworden. Seit Beginn der Leronex-Einnahme habe ich keine Lust mehr auf Sex, keine Lust an der Bewegung und keine Freude am Leben. (...) 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 9 Uhr nie aus dem Bett, meine Depressionen sind so arg, dass ich jeden Tag an Selbstmord denke." (zit.n. Lehmann 1996a, S. 70f.)

Generell ist davon auszugehen, dass mit fortdauernder Zulassung der modernen, clozapinartigen Neuroleptika die Liste der bekannt gewordenen Risiken und Schäden länger wird. Hierzu bedarf es allerdings einer ausreichenden Zahl von Betroffenen, diese Substanzen zu schlucken.

Tardive Psychosen

Tardive Psychosen gelten als besonderes Risiko clozapinartiger Neuroleptika. Urban Ungerstedt und Tomas Ljungberg, Mitarbeiter der Histologischen Abteilung des Karolinska Instituts in Stockholm, stellten fest, dass Clozapin bei Versuchsratten besonders stark auf die limbischen Dopaminrezeptoren wirkt und zu ihrer Überempfindlichkeit führt. Resultat könne „... somit die Potenzierung von psychotischem Verhalten nach chronischem Clozapin sein! Diese Ergebnisse werfen augenfällig ernste Fragen auf hinsichtlich der

Strategie für den Versuch, neue, wirksame antipsychotische Medikamente zu finden. Wird ein Medikament, das 'spezifische' Rezeptoren blockiert, eine 'spezifische' Rezeptorensupersensibilität und somit 'spezifische' Nebenwirkungen verursachen, das heisst die Krankheit selbst potenzieren?“ (Ungerstedt / Ljungberg 1977, S. 199)

In Schweden, wo man Clozapin intensiv einsetzte, wurden denn auch bei einer ganzen Reihe von Betroffenen nach dem Absetzen des modernen Neuroleptikums psychotische Symptome in einer Stärke festgestellt, die vorher nicht vorhanden war. Auch bei 1988 publizierten Forschungen in den USA wurde auf die Verschlechterung des psychischen Zustands nach dem Absetzen von Clozapin hingewiesen, was auf eine behandlungsbedingte erhöhte Sensibilität der Neurotransmitter zurückgeführt wurde. Supersensibilitätspsychosen enden oft in – nicht einmal mehr mit Neuroleptika unterdrückbaren – chronischen Psychosen organischer Natur (vgl. Lehmann 1996a, S. 100).

Hilfen beim Absetzen?

Dass weniger schädlichen oder risikobehafteten Medikamenten und Psychopharmaka der Vorzug gegenüber riskanteren zu geben ist, ist eine Binsenweisheit. Wenn jedoch Berichte über Möglichkeiten des Absetzens psychiatrischer Psychopharmaka ignoriert werden (Lehmann 2002), wenn Risiken neuer Substanzen übergangen oder bagatellisiert werden, so lassen sich mit solchen Strategien vielleicht einfache Gemüter übertölpeln. Körperliche und psychische Schäden durch moderne, clozapinartige Neuroleptika können lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Besonders beachtenswert sind das „atypisch“ hohe Risiko einer tardiven Psychose und der sich daraus ergebende Teufelskreis aus Entzugspsychose, steigender Dosierung und gesundheitlichem Niedergang.

Wie in allen Bereichen des Lebens lassen sich auch im Problemfeld moderner clozapinartiger Neuroleptika kurzfristige Erfolge erkaufen. Doch

bevor man sich entschliesst, den eigenen Körper mit diesen Substanzen zu belasten, sollte man an den mittel- und langfristigen Preis denken, den dieser Körper zu zahlen hat. Man hat nur diesen einen. Und man sollte sich überlegen, wo die Hilfen sein werden, die man später benötigt, um den Körper wieder frei von synthetischer Chemie zu bekommen. Schon beim Absetzen herkömmlicher Neuroleptika beklagen sich Betroffene und Angehörige weltweit über das völlige Fehlen jeglicher institutioneller Absetzhilfen. Die Psychologin Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health (Dachverband nichtstaatlicher psychosozialer Hilfsvereinigungen, dem auch Pro Mente Sana angehört), klagte jüngst:

„Welche Bedingungen können zu einem schnellen Rückfall nach dem Absetzen führen? Hörten wir nicht schon von psychopharmakabedingten Absetzproblemen, von Rezeptorenveränderungen, Supersensitivitäts- und Absetzpsychosen? Wer kann Rückfälle von verdeckten Entzugsproblemen unterscheiden? Welche Bedingungen unterstützen ein erfolgreiches Absetzen – erfolgreich in dem Sinn, dass die PatientInnen danach nicht sofort wieder im Behandlungszimmer des Arztes sitzen, sondern frei und gesund leben, so wie wir uns das alle wünschen? Lassen wir unsere PatientInnen nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?“ (Lahti 2002, S. 10) Wo? – Wer moderne, clozapinartige Neuroleptika (wie auch herkömmliche) empfiehlt, sollte zuerst einmal diese Frage beantworten.

Copyright by Peter Lehmann 2003



Peter Lehmann ist Diplompädagoge, Buchautor, Verleger und Mitglied im Vorstand des Europäischen Netzwerks Psychiatriebetroffener.

Literatur

- Breggin, P.: http://www.breggin.com/6_7million.html (2000)
- Haase, H.J.: „Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse“, in: O.K. Linde (Hg.): „Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit“, Klingenmünster 1988, S. 137 – 154
- Halbreich, U. / Shen, J. / Panaro, V.: „Are chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer?“, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 153 (1996), S. 559 – 560
- Lahti, P.: Vorwort zu: Peter Lehmann: „Psychopharmaka absetzen“, 2. Auflage, Berlin 2002, S. 9 – 11
- Lehmann, P.: „Schöne neue Psychiatrie“, Band 1: „Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken“, Berlin 1996a
- Lehmann, P.: „Schöne neue Psychiatrie“, Band 2: „Wie Psychopharmaka den Körper verändern“, Berlin 1996b
- Lehmann, P. (Hg.): „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern“, 2. Auflage, Berlin 2002
- Naber, D.: „Schizophrene in Deutschland – Per Rezeptblock ausgegrenzt?“, in: Medical Tribune, 35. Jg. (2000), Nr. 21
- Ungerstedt, U. / Ljungberg, T.: „Behavioral patterns related to dopamine neurotransmission“, in: Advances in Biochemical Psychopharmacology, Vol. 16 (1977), S. 193 – 199