

KONSEQUENZEN AUS DEN ERFAHRUNGEN MIT NEUROLEPTIKA

Neuroleptika werden in der Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Anästhesie und Tiermedizin eingesetzt. Von totalitären Staaten ist ihre Verwendung zur Folter politischer Gegner bekannt. Als Hauptwirkung dieser Psychopharmaka gilt die Hemmung spezieller Nervenimpuls-Übertragungssysteme und die Dämpfung vegetativer Zentren.

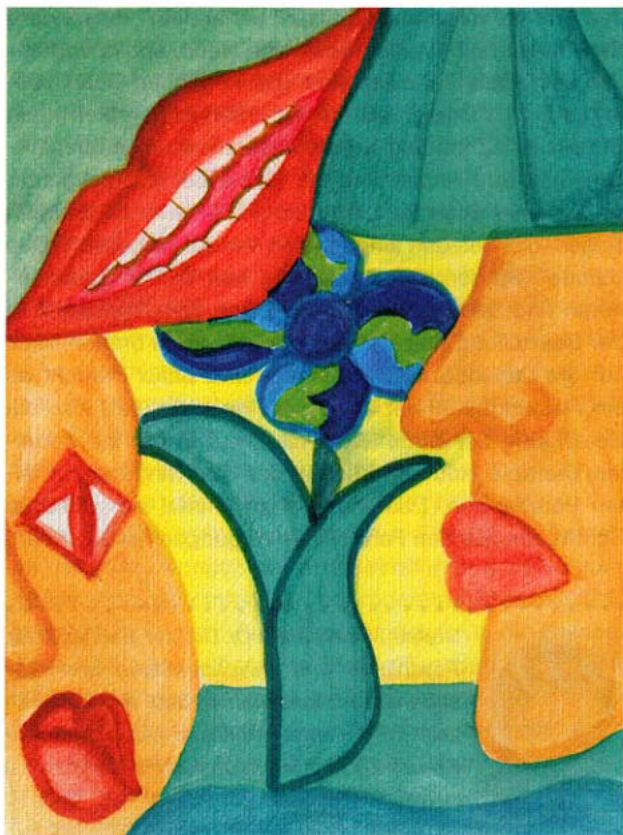
Von Peter Lehmann

Psychiatriebetroffene haben bezüglich der Evaluation von Wirkungen und Nebenwirkungen von Neuroleptika nichts zu melden: Von Zulassungs- und Wirksamkeitsstudien zu Neuroleptika sind sie ebenso ausgeschlossen wie von Monitoringverfahren. Dieser gesamte Komplex ist mit dem Problem behaftet, dass er entweder von der Pharmaindustrie mitfinanziert wird, oder dass es den Wissenschaftlern an Objektivität mangelt, da viele als „Mietmäuler“ im Dienste der Pharmaindustrie stehen. Auch Fachzeitschriften sind meist von Geldern der Pharmaindustrie abhängig. Studien mit marktschädlichen negativen Erkenntnissen werden eher nicht publiziert, positiven Berichten zu Neuroleptika ist grundsätzlich mit Skepsis zu begegnen.

Die Risiken der herkömmlichen und atypischen Neuroleptika sind bekannt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleibigkeit, erhöhter Cholesterinspiegel, Diabetes, Hormonveränderungen (mit Folgeerscheinungen wie Impotenz, Sterilität, Brustkrebs), Zelltod, Muskelstörungen

etc. Als Folgewirkungen können Persönlichkeitsveränderungen wie das Defizit-Syndrom oder Verzweiflungszustände bis hin zur Suizidalität auftreten. Psychosen können ausgelöst, verstärkt oder chronifiziert werden. Körperliche Abhängigkeit von Neuroleptika infolge Toleranzbildung und Rezeptorenveränderungen machen das Absetzen oft zur Qual.

Informationen über Frühwarnzeichen sich möglicherweise chronisch oder tödlich auswirkender „Neben“-Wirkungen erhalten weder die Behandelten noch deren Angehörige. Seit Jahrzehnten steigt die Mortalität von Psychiatriepatientinnen und -patienten. Dies kann mit der toxischen Wirkung von Neuroleptika begründet werden oder mit dem oft miserablen Gesundheitszustand der Betroffenen. Werden trotz dieser erhöhten Vulnerabilität Neuroleptika verabreicht und Frühwarnsymptome ignoriert, sollte eine körperliche Schädigung der Betroffenen Schadenersatz und strafrechtliche Verfolgung wegen eventualvorsätzlicher Körperverletzung nach sich ziehen.



KRITIK UND KONSEQUENZEN

PsychiatriepatientInnen haben gegenüber der Normalbevölkerung eine um durchschnittlich 20 bis 25 Jahre reduzierte Lebenserwartung. Dieser seit Jahren bekannte Skandal rief jetzt die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) auf den Plan. In einer Stellungnahme zu aktuellen Forschungsergebnissen in der Neuroleptikabehandlung erarbeitete ihr Fachausschuss Psychopharmaka Kernaussagen, um eine breite Diskussion zu untermauern. Dieser Fachausschuss wies dabei auf das Risiko fortschreitenden Hirnschwunds durch Neuroleptika hin, warnte vor der längerfristigen Verordnung atypischer Neuroleptika an über 40-Jährige und machte auf die doppelt so hohe Recoveryrate bei begleiteter Dosisreduzierung und begleitetem Absetzen aufmerksam. Neuroleptika sollten nur für kurze Zeit unter enger Kontrolle der unerwünschten Wirkungen und auch schon in der Akutbehandlung in der niedrigst möglichen Dosis verordnet werden. Bei einem Teil der „Ersterkrankten“ könne man unter geeigneter psychosozialer und psychotherapeutischer Begleitung von Anfang an ohne Neuroleptika auskommen. Überraschend und erstaunlicherweise gebe es Erkenntnisse, die für ein rascheres Absetzen von Neuroleptika sprechen.

GEWALTFREIE ALTERNATIVEN

Dass die DGSP-Stellungnahme auch Alternativen zur Psychiatrie anspricht, ist begrüssenswert. Humanistisch orientierte Alternativen wie Soteria, Krisenherberge oder der Offene Dialog sind gut evaluiert und zeigen, dass man ohne Psychopharmaka, Zwang und Krankheitsbegriff auskommen kann. Für die Betroffenen bringt dies bessere Langzeitergebnisse, für die Gesellschaft finanzielle Ersparnisse. Schliesslich forderte 1999 die Consensus-Konferenz von WHO und Europäischer Kommission alternative Einrichtungen, Wahlmöglichkeiten und die Stärkung der Menschenrechte Psychiatriebetroffener. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention, die die Schweiz im April 2014 ratifizierte, erwartet von den Vertragsstaaten personenangepasste Hilfen zur Vermeidung von Fremdkontrolle; in akuten Krisen soll eine Krisenbewältigung ohne Freiheitsentziehung und Zwangsmassnahmen möglich werden.

KRITIK OHNE KONSEQUENZEN

Allerdings weist die DGSP-Stellungnahme Ungereimtheiten und Selbstverständlichkeiten auf:

1. Dass sich nach Jahrzehnten kritischer Publikationen zu oft chronischen oder gar tödlichen Neuroleptikaschäden psychiatrisch Tätige jetzt für eine Minimaldosierung aussprechen, hört sich gut an. Betroffene machen gelegentlich die Erfahrung, dass sie innerhalb ihrer Lebensverhältnisse derzeit ohne Psychopharmaka nicht zurechtkommen. Die Gründe mögen in unverändert verrückt machenden Problemlösemechanismen und Familienverhältnissen liegen, in Umweltgiften, pharmakogenen oder körperlichen Faktoren. Allerdings sollte es in der Medizin selbstverständlich sein, nur so viele Medikamente zu verabreichen wie erforderlich.
2. Macht man aus der Neuroleptikafrage eine Dosierungsfrage, ignoriert man, dass Behandlungsschäden dosisunabhängig auftreten, zum Teil schon nach kurzer Zeit oder gar bei einmaliger Dosierung. Zudem lehnen viele Psychiatriebetroffene eine chemische Herangehensweise zur Lösung psychischer Probleme rundum ab.
3. Unerwähnt in der DGSP-Stellungnahme bleiben zudem das Risiko körperlicher Abhängigkeit von Neuroleptika, deren suizidfördernde Eigenwirkung und das Fehlen von Hilfsangeboten beim selbstbestimmten Absetzen. Dabei wäre es für Betroffene wichtig, zum Beispiel Erkenntnisse des „Coping with Coming Off“-Projekts zu kennen, das ein Team psychiatriebetroffener ForscherInnen 2003 und 2004 im Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND – vergleichbar Pro Mente Sana – in England durchführte. Wie sich herausstellte, spielt es im Prinzip keine Rolle, ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgschancen wie der, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Hilfreich ist der Beistand von BeraterInnen oder

einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, Informationen aus Büchern oder dem Internet, gegenseitige Unterstützung. Ärztinnen und Ärzte werden als die am wenigsten hilfreiche Gruppe beim Absetzen genannt. „Ärzte lernen, Medikamente zu verordnen. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht“, sagt Asmus Finzen in der Ankündigung des Symposiums „Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie“, einer Vorveranstaltung zur DGSP-Jahrestagung im November 2014, und fährt fort: „Nicht ganz selten ist die Dauermedikation fragwürdig. Entscheidend ist, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenten-Einnahme einstellen.“



THERAPIE, RECHTSBEISTAND & SELBSTHILFE

Bis es zu humanistisch orientierten Hilfsangeboten kommt und zu einer Behandlung, die die Menschenrechte respektiert, sind Betroffene, die ihre psychischen Probleme auf angemessene und nachhaltige Weise in den Griff bekommen wollen, auf individuelle Selbsthilfe angewiesen, die wenigen Selbsthilfegruppen und humanistisch orientierte psychotherapeutische Angebote. Sie können sich per Vorausverfügung vor erniedrigenden Zwangsmassnahmen schützen oder sich im Bedarfsfall an PSYCHEX (Tel. 0848 00 00 33) wenden, einen unabhängigen und gemeinnützigen Verein, der sich für Zwangspsychiatrie einsetzt. Informationen zu diesen Themen finden Sie im Internet unter www.peter-lehmann.de/ch.



Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Sozialpädagoge, ist Autor und Verleger in Berlin. Bis 2010 war er langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen.

www.peter-lehmann.de