

Peter Lehmann

Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka: Pro und Contra

Von einer Vertreterin von Psychiatriebetroffenen Südosteuropas wurde ich vor einem Jahr aufgefordert, eine Stellungnahme zum Pro und Contra der Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka zu verfassen. Meinen Entwurf stellte ich auf einem Vortrag bei der dritten Delegiertenkonferenz des European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (= [Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen](#)) vor, die vom 3. bis 7. Januar 1997 in Reading bei London stattfand.

Als erstes Ergebnis wurde in Reading beschlossen, den Entwurf (in englischer Übersetzung) im Rundbrief des Europäischen Netzwerks zu publizieren mit der Bitte um Kommentare und Verbesserungsvorschläge. Bei der nächsten Konferenz in zwei Jahren soll dann eine gemeinsame Stellungnahme verabschiedet werden.

Nach der Diskussion fügte ich den unterstrichenen Satz unten hinzu, da moniert wurde, dass die Position der Leute, die Psychopharmaka einnehmen und derzeit keine Alternative sehen, im ersten Entwurf nicht ausreichend berücksichtigt war.

Pro und contra psychiatrische Psychopharmaka

Die Bewertung der Verabreichung bzw. Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka ist ein ausgesprochen kontroverses Thema. Die Einnahme von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Antiepileptika (verabreicht als Psychopharmaka), Psychostimulantien (zu Dämpfungszwecken an Kinder verabreicht) und Tranquilizern kann zu Apathie führen, zu emotionaler Panzerung, Depressionen, Suizidalität, paradoxen Erregungszuständen, Verwirrtheits- und Delirzuständen, intellektuellen Störungen, Kreativitätseinbuße, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, epileptischen Anfällen, Schwächung des Immunsystems, Hormon- und Sexualstörungen, Chromosomen- und Schwangerschaftsschäden, Blutbildschäden, Störungen der Körpertemperaturregulation, Herzstörungen, Leber- und Nierenschäden, Haut- und Augenschäden, parkinsonoiden Störungen, Hyperkinesien, Muskelkrämpfen, Bewegungsstereotypen u.v.m. Andererseits machten viele Betroffene die Erfahrung, dass sie innerhalb ihrer Lebensverhältnisse derzeit ohne diese Psychopharmaka nicht zurechtkommen.

An sich ist es Sache jedes einzelnen Menschen, selbst zu entscheiden, ob sie oder er diese Substanzen einnehmen will, aus welchem Grund auch immer. Allerdings stehen einer freien Entscheidungsfindung bzw. einer libertären Grundhaltung folgende Argumente entgegen:

1. Die Betroffenen werden in aller Regel nicht über die tatsächlich vorhandenen, möglichen und nicht auszuschließenden Risiken aufgeklärt. Sie wissen nicht, dass manche Substanzen in den einen Ländern vom Markt genommen wurden, in anderen Ländern jedoch ohne Einschränkung verkauft werden: z.B. Penfluridol (Handelsnamen: Cyperon, Flupidol, Longoperidol, Longoran, Micefal, Semap) wegen Krebsverdacht, Remoxiprid (Handelsname: Roxiam) wegen Blutbildschäden, Triazolam (Handelsnamen: Apo-Triazo, Dumozolam, Halcion, Novidorm, Novodorm,

Novo-Triolam, Nuctane, Nu-Triazo, Rilamir, Somniton, Songar, Triasan, Triazoral) wegen Amnesien und Black-out-Handlungen.

2. Beteiligt an Zulassungsverfahren riskanter Substanzen für den Pharmamarkt sind profitorientierte Firmen, finanziell von ihnen abhängige oder gesponserte Mediziner sowie staatliche Gesundheitsbürokratien, die bisher nicht den Beweis erbrachten, dass im Mittelpunkt ihres Interesses die Gesundheit von Psychiatriebetroffenen und anderen EmpfängerInnen geprüfter Substanzen stand. Betroffenen- und Patientenorganisationen sind bei Entscheidungen über Zulassung oder Verbot von Psychopharmaka grundsätzlich nicht beteiligt.
3. Die Beweislast bei Schmerzensgeld- und Schadenersatzklagen tragen ausschließlich die Betroffenen. Nicht die – finanziell abgesicherten – Herstellerfirmen müssen nachweisen, dass ein eingetretener Schaden nicht durch ihre risikobehafteten Substanzen verursacht wurde, sondern die – in der Regel mittellosen – Geschädigten müssen in aufwendigen Verfahren beweisen, dass ein Schaden einzig und ausschließlich auf das verabreichte Präparat zurückzuführen ist.
4. Sehr häufig erfolgt die Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka unter Gewaltanwendung. Ein besonderes Verbrechen stellt die gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka an Frauen in gebärfähigem Alter dar, ohne auf mögliche Schwangerschaften Rücksicht zu nehmen.
5. Immer mehr wehrlosen alten Menschen werden diese Substanzen verabreicht, um den Pflegenotstand chemisch zu managen. Immer mehr Kinder ohne eigene Entscheidungsmöglichkeiten erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um sie chemisch in eine kinderfeindliche Umwelt einzupassen. Immer mehr Frauen erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um ihre störenden Reaktionen auf patriarchalisch-bevormundende Lebensverhältnisse chemisch zu neutralisieren. Immer mehr Menschen, die mit den Gesetzen in Konflikt geraten sind, erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um sie in inhumanen Gefängnissen ruhigzuhalten oder bei Abschiebungen ihren Widerstand zu brechen.
6. Aufgrund inter- und intraindividuelle Wirkungsunterschiede lässt sich nie mit Sicherheit voraussagen, wie eine bestimmte Dosis eines Präparats wirken wird. Alle bekannt gewordenen Schäden bei allen Arten von psychiatrischen Psychopharmaka traten prinzipiell dosisunabhängig und bereits nach relativ kurzer Zeit auf, teilweise nach einmaliger Einnahme einer niedrigen Dosis.
7. Immer mehr Menschen erhalten Kombinationen unterschiedlicher, in ihrer Wirkungsüberlagerung und in ihren Wechselwirkungen unberechenbarer Psychopharmaka.
8. Alle psychiatrischen Psychopharmaka machen abhängig, wobei die Verordner mit Ausnahme der Tranquilizer die abhängig machende Wirkung der Substanzen abstreiten und die beim Absetzen möglichen Entzugerscheinungen, Reboundphänomene, Supersensibilitätsreaktionen der Rezeptoren sowie mögliche irreversible Psychopharmakaschäden verschweigen oder gar zum Symptomwechsel umdefinieren: z.B. chronische Angst nach längerer Antidepressiva- oder Tranquilizer-Verabreichung, chronische Hirnschäden nach kombinierter Lithium-Neuroleptika-Verabreichung, tardive Dyskinesien (Dystonien, Bewegungstereotypen und Hyperkinesien) sowie tardiven Psychosen nach Neuroleptikaverabreichung.

9. Notwendige stationäre Einrichtungen zur klinischen Unterstützung bei Absetzproblemen von psychiatrischen Psychopharmaka gibt es fast gar nicht.
10. Derzeit laufen Bestrebungen von Psychiatrieverbänden, Pharmafirmen und von ihnen ideologisch beeinflussten oder finanziell ausgehaltenen Angehörigenverbänden, insbesondere die lebenslängliche Neuroleptikaeinnahme durch gesetzliche Maßnahmen, Perfektionierung gemeindepsychiatrischer Überwachungssysteme und neue Verabreichungsformen zu erzwingen.
11. Ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe gibt es ebenso wenig wie nichtpsychiatrische Kriseneinrichtungen oder wie finanziell ausreichend unterstützte Selbsthilfe- oder nutzerkontrollierte Einrichtungen.
12. Keines der genannten psychiatrischen Psychopharmaka löst irgendwelche psychischen Probleme sozialer Natur. In aller Regel erschweren sie die Lösung dieser Probleme—finde deren Bearbeitung statt in individueller Selbsthilfe, Gruppenarbeit oder bezahlter Psychotherapie. Nach Absetzen der Substanzen, wenn es überhaupt dazu kommt, sind in aller Regel die Bedingungen schlechter, um die ursächlichen, den Einsatz der psychiatrischen Psychopharmaka herbeigeführten Probleme zu lösen.

Aus all diesen Gründen ist der Einsatz psychiatrischer Psychopharmaka sehr skeptisch zu beurteilen. Nichtsdestotrotz sind die Entscheidungen der Betroffenen zur Einnahme von psychiatrischen Psychopharmaka zu respektieren: insbesondere wenn es ihnen gelingt, ausweglos und ansonsten die Auslieferung in die gewaltbereite institutionelle Psychiatrie nach sich ziehende Konfliktsituationen mit möglichst kurzfristiger, möglichst niedrigdosierter, möglichst wenig toxischer und demzufolge möglichst geringer Risikobelastung durch reflektierte und selbstbestimmte Psychopharmaka-Einnahme zu überstehen. Zu respektieren ist auch die Entscheidung von Betroffenen, egal aus welchen Gründen, in welcher Dosis, in welchem Zeitraum und mit welchem Zufriedenheitsgrad über die Aufklärung oder Nichtaufklärung psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen. Besonderes Mitgefühl steht denjenigen Psychiatriebetroffenen zu, die durch psychiatrogene Nervenschädigungen gezwungen sind, dauerhaft psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen, um in irgendwelcher Weise überlebensfähig zu sein. Gerade diese Betroffenengruppe macht deutlich, dass die Ersteinnahme psychiatrischer Psychopharmaka nach Möglichkeit zu vermeiden ist.

Zu reflektieren ist das Spannungsverhältnis zwischen den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Betroffenen, denen die Definition ihrer Konflikte, Bedürfnisse und Risikobereitschaft zusteht, und der einzudämmenden Gefahr, die von dem Machtanspruch der biologischen Psychiatrie, verantwortungsloser Politiker, in innerfamiliäre Streitigkeiten verwickelter Angehörigenorganisationen und profitorientierter Pharmafirmen ausgeht. Es kann langfristig nur gemildert werden, wenn den Konsumentinnen und Konsumenten psychiatrischer Psychopharmaka sowie denjenigen Menschen, denen diese Substanzen gewaltsam verabreicht werden, diagnoseunabhängige Menschenrechte, ein einfacher Zugang zu finanzieller Entschädigung im Bedarfsfall, ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe und ein alternatives Angebot angemessener nichtpsychiatrischer Hilfe gewährt wird. [Nachtrag vom 4.7.2023: Heute würde ich dieser Liste noch Hilfeprogramme zur Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka hinzufügen.]