

Basiswissen Psychopharmaka

Von Matthias Seibt

Worte sind das stärkste Rauschgift, das die Menschheit verwendet

Joseph Rudyard Kipling

Vorwort

In dieser Schrift lesen Sie meine Meinung. Immer, wenn Sie etwas lesen, lesen Sie nur die Meinung dessen, die oder der da schreibt. Alles was gesagt wird, wird von jemandem gesagt. Die Meinungen über das, was *wahr* ist, haben sich immer wieder gewandelt.

Verantwortung

Dieses Wort wird meines Erachtens häufig falsch benutzt.

Politiker verantworten einen Krieg, aber andere Menschen als diese Politiker werden getötet oder verstümmelt. Politiker verantworten die Kürzung einer Sozialleistung aber es sind andere Menschen, die nun mit weniger Geld leben müssen.

Ärzte verantworten die Verschreibung von Psychopharmaka, aber wenn Nebenwirkungen oder Spätschäden auftreten, sind es nicht die Ärzte, die damit leben müssen.

Daher: Verantworten kann man nur die Handlungen, deren Folgen man selber trägt. Wenn die Folgen der eigenen Handlung andere tragen, dann hat man Macht.

Das bedeutet, nicht der Arzt trägt die Verantwortung, sondern der Patient. Der Patient hat zwar eine/n Fach/frau/mann konsultiert, doch in wie weit dieser Rat des Fachmanns befolgt wird, entscheidet der Patient. Beim Friseur oder Gebrauchtwagenhändler erscheint es uns selbstverständlich, dem Rat des Fachmanns nicht blind zu vertrauen.

Beim Arzt nicht. Der Arzt hat Macht durch das Ansehen, das Ärzte in der Gesellschaft haben. Dieses Ansehen ist vergleichbar mit dem Ansehen der Priester in einer Zeit, als das Christentum noch Macht hatte.

Dieses Ansehen ist genauso wenig wie das Ansehen der Priester im Mittelalter rational begründet. Es ist eine Glaubensfrage.

Auch in früheren Hochkulturen (Ägypter, Römer, Inkas) hatte ein Mensch, so er denn zur Oberschicht gehörte, gute Chancen 60 bis 90 Jahre alt zu werden. Durch die Fortschritte in den Ingenieur- und Betriebswissenschaften kommt dies jetzt breiten Schichten in den Industrienationen zu.

Viele, nein fast alle Menschen in den Industrienationen leben materiell so, wie früher Kaiser und Könige.

Hauptzuwachs in der Lebenserwartung hier in Mitteleuropa brachte die Einführung der Kanalisation zwischen 1850 und 1900. Die Einführung der Antibiotika in den 1940er Jahren lässt sich in den Sterbetabellen statistisch kaum nachweisen.

Den Beitrag der Wissenschaft Medizin zur gestiegenen Lebenserwartung veranschlage ich auf 10%. 90% gehen auf das Konto des gestiegenen Reichtums (!) breiter Kreise der Bevölkerung.

Was (alles) sind Psychopharmaka (PP)

Ich unterscheide nach dem sozialen Ansehen drei Klassen:

1. Die ärztlich verschriebenen PP
2. Die legalen Genussdrogen (Koffein, Nikotin, Alkohol)
3. Die illegalen Drogen (Haschisch/Marihuana, Heroin, LSD, Ecstasy usw.)

Ich unterscheide nach der Wirkung:

- a) dämpfend (Baldrian, Schlafmittel, Tranquilizer, Alkohol, Neuroleptika)
- b) putschend (Koffein, Nikotin, neue Antidepressiva)
- c) halluzinogen (LSD, THC enthalten in Haschisch/Marihuana ist u.a. ein schwaches Halluzinogen)

Ob angstlösend eine eigenständige Wirkung ist, bezweifle ich. Ich vermute, dass dämpfende Substanzen auch die Angst dämpfen. Ob euphorisierend eine eigenständige Wirkung ist, bezweifle ich ebenfalls. Dem Alkohol z.B. sagt man nach, in geringen Mengen euphorisierend zu wirken.

Die Psychopharmaka-Klassen

In der Psychiatrie, der Allgemeinmedizin und teilweise auch in anderen Bereichen der Medizin kommen folgende Psychopharmaka (PP) zum Einsatz:

- Tranquilizer
- Nicht klassifizierte Schlafmittel
- Neuroleptika
- Lithiumsalze
- Antiepileptika
- Antidepressiva

Wie üblich, habe ich die Schmerzmittel nicht zu den PP gerechnet. Auch die Betablocker, eine Klasse von Herzmitteln, rechne ich nicht zu den PP.

Grund dafür ist, dass weder Schmerzmittel noch Betablocker in der Psychiatrie Anwendung finden.

Tranquilizer

Diese Gruppe ist die gleichförmigste. Die einzelnen Tranquilizer (T) unterscheiden sich untereinander nur wenig.

Dämpfend, muskelentspannend, angstlösend, anti-krampfvulsiv¹ ist ihre Wirkung. T sind die einzigen synthetischen² PP, die in ihrer Wirksamkeit an die großen Menschheitsdrogen Alkohol, Opium und Kokain heranreichen.

Dadurch³ erhöht sich auch die hohe Abhängigkeits- und Suchtgefahr. Die körperschädigende Wirkung der

Tranquilizer ist, verglichen mit Antidepressiva, Antiepileptika und Neuroleptika, gering.

Über 65-Jährige sprechen stärker auf Benzodiazepinwirkungen an, deshalb kommen sie mit einem Drittel bis Viertel der Dosis aus.

Alle T sind Abkömmlinge des Benzodiazepins. Sie sind seit Anfang der 60er Jahre auf dem Markt. Während in Ärztezeitschriften damit geworben wurde, dass die Verschreibung von T „die Therapietreue garantiert“, belogen die Ärzte ihre Patient/inn/en systematisch über das Abhängigkeits- und Suchtrisiko. Anfang der 80er Jahre häuften sich in den Massenmedien Berichte über schwerstabhängige T-Konsumenten-t/inn/en.

Erst nachdem es in allen Illustrierten stand, veränderte sich das Verschreibungsverhalten der Ärzte. Heutzutage werden T meistens sehr zurückhaltend verschrieben.

Nicht-Klassifizierte Schlafmittel

Als nichtklassifizierte Schlafmittel (nkS) bezeichne ich alle dämpfenden Substanzen, die weder zur Gruppe der Tranquilizer, noch zur Gruppe der Neuroleptika gehören⁴.

Es gibt freiverkäufliche, apotheken- und rezeptpflichtige Schlafmittel.

Freiverkäuflich sind z.B. Baldrian und Johanniskraut, apothekenpflichtig sind z.B. Betadorm und Hoggar, rezeptpflichtig sind z.B. Zopiclon und Zolpidem. Je höher die Hürde für den Käufer, desto stärker ist das Mittel. Mit der Stärke erhöht sich in der Regel auch das Risiko der Abhängigkeit.

Zopiclon oder Zolpidem sind etwa so stark wie Alkohol oder Tranquilizer.

Neuroleptika

Die am stärksten dämpfenden Mittel sind die Neuroleptika. Da ihre Wirkung sehr unangenehm ist, gibt es kein Suchtrisiko. Abhängig machen, können sie sehr wohl. Neuroleptika sind etwa 5- bis 20-mal so stark wie die 3. Stufe der Dämpfungsmittel (Tranquilizer, Alkohol, Zopiclon). Das „psychisch Kranke“ im Leben oft sehr wenig erreichen, liegt in erster Linie am Dauerkonsum dieser 4. und stärksten Stufe von Dämpfungsmitteln.

¹ Antikonvulsiv = krampflosend, krampfverhindernd

² Synthetisch = künstlich hergestellt

³ s. Abhängigkeit und Sucht

⁴ Die Barbiturate waren eine weitere Klasse dämpfender PP. Heute werden sie kaum noch verschrieben. Sie sind giftiger, aber nicht wirksamer als T.

Neuroleptika gibt es seit Anfang der 50er Jahre. Die als quälend erlebten Bewegungsstörungen sind keine Nebenwirkungen, sondern das, was ein Dämpfungsmittel erzeugen muss, um als Neuroleptikum zu gelten.

Neuroleptikum heißt Nervendämpfungsmittel. Da es nicht nur im Gehirn, sondern fast überall im Körper Nervenzellen gibt, können auch fast überall vorübergehende, bleibende und tödliche Schäden auftreten.

Atypische Neuroleptika sollen angeblich weniger Bewegungsstörungen als die „klassischen“ Neuroleptika erzeugen. Zur Zeit mehren sich jedoch die Stimmen, welche die Einführung der Atypika als einen Marke-tingbetrug bezeichnen.

Fest steht, dass insbesondere Zyprexa das Diabetesrisiko massiv erhöht.

Phasenmedikamente

Als Phasenmedikamente oder Phasenprophylaktika⁵ bezeichnet man PP, die angeblich gegen beide Phasen einer „bipolaren Erkrankung“ (früher: manisch - depressiv) wirksam sind. Zwei Unter-Klassen von Phasenmedikamenten gibt es: Lithiumsalze und Antiepileptika.

Lithiumsalze

Lithium ist ein Alkalimetall, das im Körper in sehr geringer Konzentration vorkommt. Die zu therapeutischen Zwecken eingesetzte Menge ist hingegen akut giftig. Die therapeutische Breite beim Lithium beträgt nur 3, d.h. die 3-fache Menge der üblichen Dosis ist tödlich.

Der regelmäßig gemessene Lithiumspiegel dient also nicht, wie fälschlich von Ärzten angegeben wird, der Erzielung optimaler therapeutischer Ergebnisse, sondern der Vermeidung von Todesfällen durch die Lithiumtherapie.

Die Symptome einer Lithium-Vergiftung sind übrigens so dramatisch, dass man sie nicht übersehen kann. Der Tod durch Lithiumvergiftung ist sehr unangenehm.

Abgesehen von der akuten Giftigkeit ist es ein sehr gut verträgliches PP. Was die Langzeitschäden angeht, ist es zwar nicht harmlos, aber viel harmloser als Neuroleptika oder Antidepressiva. Sehr viele Lithium-konsument/inn/en bleiben tatsächlich von

manischen Phasen verschont. Die Vorbeugewirkung gegen depressive Phasen ist wesentlich schwächer ausgeprägt. Bei einer Reihe von Konsument/inn/en hat Lithium sogar eine depressionsauslösende bzw. -verstärkende Wirkung.

Hauptnachteil sind nach 15-25 Jahren auftretende schlechte Nierenwerte, die eine Nierenschädigung anzeigen. Dann muss das Lithium abgesetzt werden. Dialyse durch Lithiumkonsum kommt vor, ist aber selten.

Die verschiedenen Lithiumsalze unterscheiden sich in Ihrer Wirkung auf die Psyche nicht.

Wer der Meinung ist, ohne Dauerkonsum von Psychopharmaka ginge es bei Ihm/ihr nicht, sollte auf jeden Fall eine Monotherapie⁶ mit Lithium erwägen.

Antiepileptika

Einige Antiepileptika (z.B. Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin) werden zur Vorbeugung bei „bipolarer Erkrankung“ eingesetzt. Die dämpfende Wirkung der Antiepileptika (AE) ist deutlich stärker ausgeprägt als die putschende Wirkung. Daher klagen viele AE-Konsument/inn/en über Antriebslosigkeit bis hin zu schweren Depressionen.

AE werden fast nie als Monotherapie eingesetzt, obwohl sie sich mit vielen anderen Psychopharmaka nur schlecht oder gar nicht vertragen. Z.B. ist die Kombination von Carbamazepin mit Benperidol, Bromperidol, Chlorprothixen, Clopenthixol, Clozapin, Fluanxol, Fluspirilen, Haloperidol, Hypericin in Johanniskrautextrakt, Johanniskrautextrakt, Lithium-salz, Melperon, Orap, Pipamperon, Dominal zu meiden.

Generell ist die Kombination von Carbamazepin mit allen Neuroleptika zu meiden.

Das gängige Schmerzmittel Paracetamol führt zu Leberschaden durch sonst unschädliche Dosierungen von Paracetamol, vermehrt toxische⁷ Metaboliten⁸. Bei Kombination mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (z.B. Fluclonin) ist die Gefahr eines toxischen Sero-
tonin-Syndroms erhöht. „Insgesamt: Ein wenig überzeugendes Medikament mit beachtenswerten Risiken.“⁹

⁶ Monotherapie = nur ein Medikament

⁷ toxisch = giftig

⁸ Metabolismus = Stoffwechsel, Metabolit = Abbauprodukt z.B. eines PP, der Abbau kann sich in mehreren Stufen vollziehen

⁹ So Josef Zehentbauer in Chemie für die Seele.

⁵ Prophylaxe = Vorbeugung, also Phasenvorbeugemittel

Nun zu den Nebenwirkungen der Valproinsäure:

Tremor (Zittern) bis 57%, Übelkeit bis 34%, Somnolenz (Schläfrigkeit) bis 30%, Thrombozytopenie bis 24%, Alopezie (Haarausfall) vorübergehend, bei Nachwachsen lockiges Haar bis 24%, Diarrhö (Durchfall) bis 23%, Erbrechen bis 23%, Schwächezustand bis 21 %, Infektion bis 20%. Über 150 weitere Nebenwirkungen unter 20% Häufigkeit.

Der Ruf der Antiepileptika ist verglichen mit dem Ruf der Neuroleptika deutlich besser.

Dieser Ruf entspricht nicht den bekannten Tatsachen.

Was ist eine Depression

Unter dem Begriff Depression wird eine Vielzahl sehr verschiedener Seelenzustände zusammengefasst. Den Begriff Niedergeschlagenheit finde ich besser. Der Begriff Depression ist, wie alle psychiatrischen Begriffe, pseudowissenschaftlich.

Bei einer Niedergeschlagenheit ist sehr oft Antriebslosigkeit vorhanden. Ein Gefühl bzw. Gedanken von Sinnlosigkeit sind häufig vorhanden, ein Gefühl oder Gedanken von Wertlosigkeit sind häufig vorhanden. Bei einigen „Depressiven“ kommt es zu Schlafstörungen. Angst, Suizidgedanken¹⁰ oder Hoffnungslosigkeit können auch vorhanden sein.

Antidepressiva

Unter dieser Psychopharmakaklasse sind Substanzen von sehr unterschiedlichem Wirkmechanismus gruppiert.

Es gibt eindeutig dämpfende Antidepressiva (A) wie Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin. Diese sind in der Wirkung den niederpotenten klassischen Neuroleptika (Melleril, Truxal, Neurocil) ähnlich.

Dann wiederum gibt es stark putschende A, sogenannte selektive Serotonin-Wieder-aufnahme-Hemmer (SSRI-Antidepressiva) wie Fluctin, Citalopram, Paroxetin, Sertralin und Venlafaxin.

Es gibt weitere A, die nicht zu diesen beiden Untergruppen gehören.

Daran, dass sowohl dämpfende als auch putschende Substanzen als Antidepressiva verschrieben werden,

lassen sich zwei Strategien unterscheiden, eine Depression pharmakologisch zu bekämpfen.

Einerseits eine allgemeine Dämpfung der „depressiven“ Person. Eine spezifische Dämpfung nur der Depression gibt es nicht. Die allgemeine Dämpfung bewirkt, dass die quälenden Gedanken weniger quälend sind. Eine allgemeine Dämpfung verbessert oft den gestörten Schlaf.

Die andere Strategie, putschende PP zu verschreiben, soll die Antriebslosigkeit bekämpfen. Hauptnachteil dieser pharmakologischen Vorgehensweise ist, dass auch der Antrieb für Suizidhandlungen größer wird. Die Suizid-fördernde Wirkung ist statistisch eindeutig belegt.

Eine 35 Millionen Dollar teure US-Studie mit 2.876 Patienten ergab, dass SSRI-Antidepressiva nur bei 1/3 der Konsument/inn/en wirken. Da es auch bei SSRI-Antidepressiva eine lange Liste von Nebenwirkungen gibt, ist diese „Erfolgs“quote bei weitem zu niedrig.

Psychopharmakon, Droge oder Genussmittel?

Im gängigen Sprachgebrauch wird zwischen diesen drei Begriffen unterschieden. Pharmakologische Gründe für diese Unterscheidung gibt es keine. In der Geschichte der Menschheit wurde immer zwischen guten und schlechten Drogen unterschieden. Im Islam war z.B. der Alkohol als schlechte Droge über viele Jahrhunderte verboten. Opiumkonsum hingegen war akzeptiert bis erwünscht.

In der westlichen Welt, deren Gepflogenheiten zur Zeit weltweit Vorbild sind, ist es spätestens seit dem Ende der amerikanischen Prohibition umgekehrt. Konsum von Alkohol ist akzeptiert bzw. erwünscht, Opium und seine Abkömmlinge Morphinum und Heroin sind verboten.

Das hat ausschließlich kulturelle bzw. soziale Gründe. Viele Pharmakologen halten Alkohol in seiner körperschädigenden Wirkung für deutlich gefährlicher als Opium und seine Abkömmlinge.

Die kulturellen Wurzeln des Opium-Verbots sind:

Opium war im 19. Jahrhundert die Alltags-Droge der chinesischen Einwanderer an der amerikanischen Pazifikküste. Die weißhäutigen Einwanderer aus Europa konsumierten Alkohol in großen Mengen. Völkermord ist immer anstrengend.

¹⁰ Suizid = Selbsttötung

Um die andersrassige Konkurrenz aus China (Chinesen, speziell wenn sie auswandern, sind fleißige Leute) zu treffen kriminalisierte die weißhäutige Einwanderermehrheit nach und nach den Opiumkonsum.

Die richtige Hetzjagd auf Opiat- und Haschisch-Konsument/inn/en begann in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts nach der gescheiterten amerikanischen Prohibition. Der amerikanische Präsident F. D. Roosevelt hatte zwar das Alkoholverbot aufgehoben, doch die Rauschgiftdezernate wurden nicht aufgelöst und suchten sich neue Aufgaben.

Ich erinnere daran, dass Ärzteschaft und Pharmaindustrie ab etwa 1830 Morphinum als "nicht-abhängig-machenden Ersatz" für Opium propagierten. Ab etwa 1860 wurde Heroin als "nicht-abhängig-machender Ersatz" für Opium und Morphinum propagiert. Bis 1917 wurde Heroin im deutschen Reich über Apotheken vertrieben. In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts propagierten Ärzteschaft und Pharmaindustrie die Tranquilizer (Valium, Tavor, Adumbran usw.) als "nicht-abhängig-machender Ersatz" für die Barbiturate an. Erst als die Illustrierten ab Anfang der 80er Jahre ausführlich über süchtig gewordene Patient/inn/en berichteten, wurde in der Medizin eine Diskussion über dieses Problem geführt.

Heutzutage sind "atypische" Neuroleptika und die sogenannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer bei den Antidepressiva der Verkaufsschlager. Laut Aussage der Medizin machen sie im Gegensatz zu den Tranquilizern nicht abhängig.

Der Vorteil der Monotherapie (= nur ein Medikament)

Jedes Medikament stellt ein Risiko für die menschliche Gesundheit dar. Selbst bei Acetylsalicylsäure (Aspirin) sind über 10 verschiedene Mechanismen bekannt, die zu Todes-fällen führen. Das liegt weniger daran, dass diese Substanz so gefährlich ist, als vielmehr daran, dass sie so genau erforscht wurde.

Es ist das Verhältnis zwischen den bekannten Risiken und dem erhofften Nutzen, dass den Einsatz eines Medikaments sinnvoll machen kann. Leider sehen Ärzte und Patienten die Entscheidung pro oder contra Medikamentengabe selten als eine möglichst nüchtern zu treffende Abwägung an. Oft hat man den Eindruck, das Medikament sei etwas Magisches. Sozusagen eine magische Kugel, die der Arzt nach der Krankheit wirft.

Es ist ohne Frage immer gut, diese magischen Kugeln einzusetzen. Es kann bei dieser Magie keine Nachteile geben. So erklärt sich, dass viele Ärzte unerwünschte Wirkungen der Medikamente selbst dann leugnen, wenn sie im Beipackzettel verzeichnet sind.

Man vergleiche dies mit anderen Religionen. Auch hier darf Negatives nie dem jeweiligen Gott oder der jeweiligen Religion zugeordnet werden. Egal, wie absurd die Widersprüche oder wie grässlich die Verbrechen auf eine/n Ungläubige/n wirken, dem/der Gläubigen sind sie nur Bestätigung der eigenen Position.

Egal, was wir von den Medikamenten glauben oder erhoffen, sie werden trotzdem über Niere oder Leber verstoffwechselt. Die unerwünschten Wirkungen (oft als Nebenwirkungen verharmlost) nehmen mit der Zahl der eingenommenen Medikamente stark zu.

Auch die Zuordenbarkeit einer Wirkung wird schwieriger, sobald mehr als eine Substanz eingenommen wird. Die Gefahr, dass sich der Zustand verschlechtert, steigt mit jeder weiteren Substanz. Für die meisten Ärzte ist Verschlechterung unter Medikamentengabe lediglich ein Zeichen, dass noch nicht genug magische Kugeln verordnet wurden.

So kommt es zu gleichzeitiger Verordnung von sechs bis sieben Psychopharmaka. Oder fünf verschiedenen Blutdrucksenkern.

Für Neuroleptika ist gut erforscht, wie Mehrfachgabe die Sterblichkeit der Konsument/inn/en erhöht.

Bei 0 Neuroleptika ist die Sterblichkeit eines Psychiatrisierten um den Faktor 1,29 gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöht, bei 1 Neuroleptikum um den Faktor 2,95, bei 2 Neuroleptika um den Faktor 3,21, bei 3 Neuroleptika um den Faktor 6,83.

Wegen dieser und ähnlicher Effekte gibt es einen Grundsatz in der Medizin: Vor allem nicht schaden! Bei den Römern hieß er: Primum nil nocere! Auch damals war offensichtlich die Versuchung, lieber etwas Falsches als gar nichts zu unternehmen, sehr groß.

Schlussfolgerung:
Wenn schon Psychopharmaka, dann nur eine Substanz. Kritisch darauf achten: Habe ich die erwünschte Wirkung, oder wird sie mir bloß versprochen? Ist der Nutzen größer als die Kosten? Nicht vergessen, ich trage die Verantwortung, da es mein Leben ist.

Dämpfende plus putschende Substanz?

Eine beliebte Kombination von Psychopharmaka stellt die gleichzeitige Gabe von Neuroleptika und Antidepressiva dar. Neuroleptika dämpfen sehr stark. Dies führt von leichter Antriebslosigkeit bis hin zu schwerster Niedergeschlagenheit (Depression). Mindestens 2/3 der Neuroleptika-Konsument/inn/en leiden unter Depressionen.

Dagegen verordnen Psychiater sehr gerne Antidepressiva vom Serotonin-Wiederaufnahmehemmer-Typ, die eine putschende Wirkung haben. Eine der unerwünschten Wirkungen dieser Sorte Antidepressiva ist das Auslösen von Psychosen.

Die Psychose ist in der Regel ein sehr „energiereicher“ Zustand, die Depression ist in der Regel ein sehr „energiearmer“ Zustand. Daher hat es eine gewisse Logik, zur Psychosevorbeugung (= Prophylaxe) dämpfende, zur Depressionsbekämpfung hingegen putschende Substanzen zu verschreiben. Aber beides gleichzeitig?

Ist ungefähr so sinnig, wie gleichzeitig große Mengen Kaffee und Alkohol zu sich zu nehmen.

Medizin eine Religion, Medikamente als magische Kugeln?

Möglicherweise stößt sich der eine oder die andere an dieser Betrachtungsweise. Dabei ist es noch die netteste mögliche Sicht eines Nicht-arzthörigen auf die Psychiatrie. Sonst bleiben als Erklärung nur noch absolute Unkenntnis und absolutes Unwissen. Und noch eine Stufe schlimmer: Der Schaden wird absichtlich angerichtet, die Menschen werden sehenden Auges geschädigt und abhängig gemacht, weil man daran gut verdient.

Ich meine, alle drei Aspekte (Religion, Unwissen, Skrupellosigkeit) spielen ihre Rolle.

Was ist eine Psychose – Die Wichtigkeit des Schlafes

Fehlender Schlaf und Ver-rücktheit (psychiatrisch Psychose) gehören zusammen wie Wolken und Regen. Diese Regel gilt für 90 bis 95% aller Menschen, die Zustände der Ver-rücktheit kennen.

So wie ohne Wolken kein Regen möglich ist, ist für diese Menschen ohne Schlafverlust kein Ver-rücken (und damit keine Ver-rücktheit) möglich.

Wie kommt es nun zu dieser Schlaflosigkeit?

Es sind Gedanken, die nicht zur Ruhe kommen und damit auch uns nicht zur Ruhe kommen lassen. Diese Gedanken beziehen sich in der Regel auf ganz alltägliche Lebenssituationen oder –Ereignisse. Einsamkeit, Partnerschaftsprobleme, Schulden, Arbeits- oder Prüfungsstress können uns dermaßen beschäftigen, dass die Gedanken daran uns unseren Schlaf rauben.

Handelt es sich um eine besondere Art der Schlaflosigkeit?

Ja. Die normale Schlaflosigkeit geht mit Müdigkeit und Zerschlagenheit einher, man wünscht sich nichts sehnlicher, als endlich wieder (wie sonst) schlafen zu können. Die zum Ver-rücken gehörende Schlaflosigkeit führt in einen Hellwach-Zustand. Dieser Hellwach-Zustand ist angenehm, der fehlende oder stark verkürzte Schlaf wird nicht als Mangel empfunden. Man hat neue Gedanken, verfügt über ungewöhnlich viel Energie, ist in der Lage Probleme in Angriff zu nehmen, an die man sich bislang nicht herantraute.

Diese positiven Aspekte des Hellwachseins machen es vielen Menschen schwer, die Gefahr einer beginnenden Ver-rücktheit zu erkennen. Insbesondere wenn dieser Hellwach-Zustand im Anschluss an eine Niedergeschlagenheit (psychiatrisch Depression) entsteht, werden die möglichen Nachteile dieses Zustands unterschätzt.

Wie lange dauert der Übergang vom Hellwach-Zustand in die Ver-rücktheit?

Das dauert unterschiedlich lang. Wichtigster Aspekt hierbei ist die Dauer des verbliebenen Schlafes. Zwei Stunden sind gefährlicher als vier Stunden.

Wie wichtig ist Schlaf?

Atmen, trinken, schlafen und essen sind unsere Grundbedürfnisse. Schlafen und Trinken sind von ähnlicher Wichtigkeit. Nach 7 bis 9 Tagen „Verzicht“ auf eines dieser beiden Grundbedürfnisse wird es bei mitteleuropäischem Klima für einen gesunden jungen Menschen spätestens lebensgefährlich.

Die uns im Hellwach-Zustand beschäftigenden Gedanken können uns derart von unseren Grundbedürfnissen ablenken, dass wir nicht mehr (kaum noch) essen. Der zusätzliche Nahrungsentzug verstärkt dann wiederum unsere Aufgedrehtheit oder Überdrehtheit. Manche Menschen vergessen sogar das Trinken.



Akut- und Erhaltungsdosis

Die Psychiatrie bekämpft Ver-rücktheitszustände durch Gabe von Neuroleptika. Sie unterscheidet theoretisch zwischen der Akutphase einer Psychose, in der hohe Dosen Neuroleptika gegeben werden sowie der Latenz¹¹-phase, in der niedrige Dosen Neuroleptika zur Prophylaxe¹² gegeben werden. In der Praxis werden aber sehr oft Akutdosierungen über Monate, Jahre oder Jahrzehnte verordnet. Massive Einbußen in Lebensqualität und Lebenserwartung sind die Folge. Außerdem wird, falls trotz der Vorbeugemedikation eine Psychose auftritt, ein der normalen Akutdosis nötig, um noch eine Wirkung zu erzielen.

Im folgenden eine Tabelle zur Unterscheidung zwischen hoher, mittlerer und niedriger Dosierung einiger Neuroleptika:

Markenname	Internat. Freiname		
	niedrig	mittel	hoch
Abilify			Aripiprazol
20	25-40		45-120
Seroquel			Quetiapin
25-100	100-400		400-1200
Risperdal			Risperidon
1-2	2,5-3,5		4-9
Zyprexa			Olanzapin
2,5-5	5-10		10-30
Solian			Amisulprid
25-100	100-400		400-1200
Leponex			Clozapin
25-100	100-400		400-1200
Dognatil			Sulprid
25-100	100-400		400-1200

Anmerkung zur Tabelle: Ich beginne die niedrigste Stufe mit der kleinsten gehandelten Tablette. Selbstverständlich kann man auch eine halbe oder eine viertel Tablette oder einen noch kleineren Bruchteil der kleinsten gehandelten Tablette einnehmen. Eine vollständige Tabelle stelle ich demnächst ins Netz, s.u.

In den letzten Jahren geht die Pharmaindustrie immer mehr dazu über, die kleinste Dosierung einer neuen Substanz sehr hoch an zu setzen. Z.B. hat die kleinste gehandelte Dosis von Inwega 6 mg. Inwega ist das Hauptstoffwechselprodukt von Risperdal. Also

¹¹ Latenz =

¹² Prophylaxe = Vorbeugung

wäre es logisch gewesen, die kleinste Dosierung ebenfalls bei 1 mg an zu setzen.

Auch bei Zeldox und Abilify finde ich die kleinste gehandelte Tablette zu groß.

Woran merke ich, ob ich zuviel nehme?

Ob ich nehme, kann ich sowohl an objektiven als auch an subjektiven Kriterien festmachen. Objektive Kriterien sind die Zahl der Psychopharmaka (ab 3 beginnt spätestens der Missbrauch) und die Dosierung.

Subjektive Kriterien sind der Schlaf, der Antrieb, das Gewicht, die Sexualität, kurz alles, was mit dem eigenen Wohlbefinden zusammen hängt. Den subjektiven Kriterien kommt genau so viel Gewicht wie den so genannten objektiven Kriterien zu. Geht es mir mit einer hohen Dosis PP gut, sollte ich mir Reduktionsversuche gut überlegen. Umgekehrt, wenn es mir bei einer niedrigen Dosis schlecht geht, muss ich überlegen, ob nicht selbst diese niedrige Dosis für mich zu hoch ist.

Was tun, wenn ich zuviel nehme?

Das hängt von vielen Faktoren ab. Siehe meine beiden Absetzleitfäden unter www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de, dort Lesenswertes. Wer lange (ab 6 Monate ist lange) eine hohe Dosis genommen hat, muss langsam reduzieren.

Eine beliebte Lüge

Psychiater/innen belügen ihre Patient/inn/en, dass es nur so kracht. „Das ist die kleinste Dosis“ oder „Das ist die kleinste wirksame Dosis“ stellt eine Standardlüge dar. Die kleinste Dosis einer Substanz ist immer 0! Da Neuroleptika 5-20 mal so stark wie Alkohol oder Tranquilizer sind, ist die kleinste wirksame Dosis immer ein winziger Bruchteil der kleinsten gehandelten Tablette.

Natürlich gilt das nur für nüchterne Konsumenten. Wenn ich sowieso jeden Tag 20 mg Zyprexa nehme, dann wirkt ein zusätzliches mg Zyprexa kaum noch. Wenn ich wochenlang keine Psychopharmaka genommen habe, legt mich 1 mg Zyprexa in der Regel schlafen.

Abhängigkeit, Sucht, Sucht und Versuchung

Von einigen Substanzen wird gesagt, sie machten abhängig. Darunter befinden sich ärztlich verschriebene (z.B. Tranquilizer), legale

Genussdrogen (Alkohol und Nikotin) sowie nur illegal erhältliche Substanzen (z.B. Heroin). Diese Abhängigkeit gilt gemeinhin als etwas Schlechtes.

Nun ist der Mensch von Natur aus von vielem abhängig. Atmung, Schlaf, Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sind Notwendigkeiten unserer Existenz, von denen wir abhängig sind. Diese Abhängigkeiten gelten im Gegensatz z.B. zur Alkoholabhängigkeit nicht als schlecht.

Der Grund, warum die Abhängigkeit von Alkohol oder Nikotin als schlecht gilt, ist die verkürzte Lebenserwartung und die schlechtere Lebensqualität des dauerhaft die Substanz Konsumierenden.

Die Medizin unterscheidet zwischen körperlicher und psychischer (seelischer) Abhängigkeit. Damit ist lediglich gemeint, dass nach dauerhaftem Konsum einer großen Menge Alkohol oder Tranquilizer der kalte (= schlagartige) Entzug lebensgefährlich ist. Auch der Entzug anderer Substanzen kann massive körperliche Begleiterscheinungen haben. Da bei anderen Substanzen der kalte Entzug aber nicht lebensgefährlich ist, sagt die Medizin, sie machten nur psychisch abhängig.

Trotzdem sind auch bei anderen Substanzen als Alkohol und Tranquilizern massive körperliche Reaktionen auf den Substanzentzug möglich. Bekannt ist dies vor allem vom Heroin, aber auch viele ärztlich verschriebene Psychopharmaka können beim kalten Entzug heftige körperliche Reaktionen auslösen.

Des Weiteren ist beim schlagartigen Entzug der Substanz mit dem Wiedererscheinen des ursprünglichen Problems oder Symptoms (z.B. Depression, Angst, Psychose) zu rechnen.

Die Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und Sucht hat nur geringe praktische Bedeutung. Man kann sagen, dass Neuroleptika, Antidepressiva, Lithiumsalze und Antiepileptika nicht süchtig machen können, da nur sehr selten ein Verlangen nach der Substanzwirkung besteht. Abhängig machen können sie sehr wohl. Auch die Neuroleptika mit ihrer fast immer als unangenehm empfundenen Wirkung haben sehr viele Konsument/inn/en in die Abhängigkeit geführt. Und ob das Übel dann Abhängigkeit oder Sucht heißt, kann dem Geschädigten letztlich egal sein.

Sucht und Versuchung

Häufig wird gesagt,

"Der Vorteil von Neuroleptika (Antidepressiva, Phasenprophylaktika) ist, dass sie im Gegensatz zu Schlafmitteln oder Tranquilizern nicht abhängig machen."

Man bedenke:

Ein weit verbreiteter Irrtum, der von Seiten der Ärzte bewusst gefördert wird, ist: Es gebe einerseits Substanzen, die abhängig machen und andererseits Substanzen, die nicht abhängig machen.

Das ist falsch. Richtig ist:

Alles, was eine Wirkung hat, kann abhängig machen.

Wirkungslose Substanzen können nicht abhängig machen.

Je besser eine Substanz wirkt, um so höher ist die Gefahr, dass man von ihr abhängig werden kann.

Betrachten wir die pharmakologische Wirkung der Volksdroge Alkohol:

1. Leidlich gutes Schlafmittel
2. Vorzügliches Antidepressivum
3. Vorzüglicher Angstlöser
4. Wirkt in niedriger Dosierung euphorisierend

Und weil es so eine gute Arznei (Droge, psychoaktive Substanz) ist, genau deswegen sind Millionen Menschen davon abhängig.

Nur eine wirkungsvolle Substanz kann eine Versuchung sein. Und das zu häufige Nachgeben gegenüber dieser Versuchung führt dann zu dem, was landläufig Sucht genannt wird.

Typische und atypische Neuroleptika

Was macht ein klassisches Neuroleptikum zum Neuroleptikum? Diese Frage kann man seinem Arzt, seinem Angehörigen, seinem Betreuer usw. als Testfrage stellen. Falls er sie nicht beantworten kann, soll er/sie sich demnächst nicht mehr so aufblasen. Es sind die Bewegungs-Störungen, die ein dämpfendes Mittel auslösen muss, um ein Neuroleptikum zu sein. Je stärker die Bewegungsstörung um so höher die neuroleptische Potenz. Die Bewegungs-Störungen dieser Mittel sind also keine „Neben“wirkung, sie sind also auch keine unerwünschte Wirkung, sondern sie sind genau das, was man von einem typischen Neuroleptikum haben will.

Obwohl das genau so ist, wurde jahrzehntelang systematisch gelogen, diese Bewegungs-Störungen

seien „Teil ihrer Krankheit“, „eine hysterische Reaktion“, usw.

Neuroleptika haben keine spezifische antipsychotische Wirkung. Sie sind einfach nur sehr starke Dämpfungsmittel. Die „Psychose“ verschwindet fast immer mit der Wiederherstellung ausreichenden Schlafs. Neben „psychotischen“ Gedanken und Angst werden bei längerem Konsum auch viele erwünschte Fähigkeiten und Interessen gedämpft.

Zur Klarstellung: Ein noch so starkes nichtklassifiziertes Schlafmittel oder ein noch so starker Tranquilizer sind so lange kein Neuroleptikum, so lange sie nicht in den Bewegungsablauf eingreifen.

Klassische Neuroleptika haben neben den für sie typischen Bewegungsstörungen viele andere quälende und schädigende Wirkungen. Wer sich umfassend kundig machen will, nimmt entweder die Datenbank des Arzneitelegramms (die CD kostet 50,- €) oder das Buch „Schöne Neue Psychiatrie“ von Peter Lehmann (2 Bände für 34,80 €).

Die Einführung der atypischen Neuroleptika wurde aus 3 Gründen voran getrieben. Das Leid der Patient/inn/en war kein Grund, wohl aber die fehlende Compliance¹³. Letztere führte dazu, dass der von Pharmaindustrie und Ärzt/inn/en angestrebte lebenslange Konsum sehr oft durch erfolgreiche eigenmächtige Absetzversuche nicht zu Stande kam.

Der zweite Grund waren einige von durch Spätdyskinesien¹⁴ geschädigte US-Bürger, die Schadensersatz in Millionenhöhe erstritten.

Der dritte und wichtigste Grund war der Ablauf des Patentschutzes auf alle klassischen Neuroleptika.

Patentschutz – Die Lizenz zum Gelddrucken

Neue Arzneimittel sind 20 Jahre ab Patentanmeldung patentgeschützt. Das bedeutet, nur der Patentinhaber darf dieses Arzneimittel herstellen und einen Preis dafür festsetzen. Egal wie hoch dieser Preis ist, sobald das Medikament zugelassen ist und ein Arzt es verschreibt, muss dieser Preis von den

¹³ Je nach Weltanschauung: Zusammenarbeit mit dem Arzt; Unterwerfung unter die ärztliche Herrschaft

¹⁴ = Spätbewegungsstörungen, das sind dauerhafte Schädigungen des Bewegungsablaufs. Im Gegensatz zu Frühdyskinesien verschwinden sie nicht bei Absetzen des Neuroleptikums.

Krankenkassen (letztlich also von den Versicherten) bezahlt werden.

Da der Patentschutz abläuft, ist es für den Patentinhaber wichtig, innerhalb dieser Laufzeit möglichst viel zu verkaufen. Nach Ablauf des Patentschutzes darf jede/r das Medikament¹⁵ herstellen, die/der eine chemische Fabrik und ein Vertriebsnetz hat. Die Generikahersteller (= Nachahmer) verlangen einen niedrigeren Preis. Der Umsatz des Originalpräparats bricht ein oder der ehemalige Patentinhaber muss massiv den Preis senken.

Nachahmerpräparate (Generika) enthalten exakt den gleichen Wirkstoff wie das Originalpräparat. Durch andere Zusatzstoffe (Stabilisatoren, Farbstoffe usw.) ist es möglich, dass die Verstoffwechslung anders ist. Diese manchmal vorhandene andere Wirkung wird von im Schnitt 5% der Konsument/inn/en bemerkt.

Zurück zum Finanziellen: Während der Patentlaufzeit werden Ärzte, hier insbesondere die Meinungsbildner, massiv finanziell beeinflusst, das neue Präparat zu verschreiben. Das fängt an bei kostenlosem Büromaterial, geht über kostenlose Ärztemuster hin zu pharma-gesponserten Weiterbildungen und ist bei von der Pharmaindustrie bezahlter „Forschung“ noch lange nicht zu Ende. Üblich sind Geschenke von Unterhaltungselektronik aber auch Barzahlungen sowie Überweisungen auf Schweizer Nummernkonten.

So erklärt sich, warum in regelmäßigen Abständen fast alle Patient/inn/en einer Psychiatrie plötzlich auf ein neues Medikament umgestellt¹⁶ werden.

Hierbei kommt den Ärzt/inn/en ein weit verbreiteter Irrtum zu Hilfe. Die Menschen setzen sehr gerne neu mit gut gleich. Dabei haben beide Worte überhaupt nichts miteinander zu tun. Neu ist neu und gut ist gut. Auch der Nationalsozialismus oder die Pest waren irgendwann neu.

Bestechlichkeit der Ärzteschaft und Gutgläubigkeit der Patient/inn/en erzeugen dann z.B. nur bei Zyprexa nur in 2006 einen weltweiten Umsatz von 4,36 Mrd. Dollar. Dabei gehört es zu den einkalkulierten Kosten, dass es vor US-Gerichten zu Vergleichen über 1,2 Mrd. Dollar für das absichtlich verschwiegene Diabetesrisiko kam.

¹⁵ Genauer: den Wirkstoff

¹⁶ Jede Umstellung ist mit Risiken behaftet.

Atypische Neuroleptika

Wenn Bewegungsstörungen das Merkmal der Neuroleptika sind, dann sind stark dämpfende Mittel, die keine Bewegungsstörungen hervorrufen, keine Neuroleptika. Doch keine Angst, denn

Amisulprid/Solian: extrapyramidale Symptome¹⁷ 22%, Akathisie¹⁸ 1-10%

Risperdal/Risperidon: extrapyramidale Symptome 17%, nach Hochdosierungen 34%

Seroquel/Quetiapin: Akathisie, Dyskinesie, Dystonie¹⁹ und extrapyramidale Symptome alle ohne Einstufung der Häufigkeit

Zeldox/Ziprasidon: Akathisie 8%, Blickkrampf häufig, Dystonie 4%, extrapyramidale Symptome 5%, Tremor²⁰ häufig

Zyprexa/Olanzapin extrapyramidale Symptome dosisabhängig bis 19%, Akathisie 6%.

Die weiteren Atypika sind Dogmatil/Sulpirid (das Älteste), Leponex/Clozapin (das Zweite), Nipolept/Zotepin, Abilify/Aripiprazol (das Zweitjüngste), Invega/Paliperidon (der Benjamin). Serdolect/Sertindol wird wegen gefährlicher Herzrhythmusstörungen nur äußerst selten verschrieben.

Das im Bezug auf Bewegungsstörungen gute Abschneiden in einigen Untersuchungen wurde erzielt, in dem sehr hohe Dosierungen von z.B. Haloperidol gegen relativ niedrige Dosierungen von z.B. Zyprexa getestet wurden.

Eindeutig dämpfend sind von den Atypika Leponex, Nipolept, Zyprexa, Risperdal und Invega. Die dämpfende Wirkung von Solian und Seroquel ist zumindest nicht eindeutig, bei Zeldox und Abilify erlebt ein relevanter Teil der Konsument/inn/en eine putschende Wirkung bis hin zur Auslösung von „Psychosen“.

Die eventuellen Vorteile der Atypika im Bereich Bewegungsstörungen werden mit erhöhtem Diabetes-Risiko und noch stärkerer Gewichtszunahme als bei den klassischen Neuroleptika erkaufte.

Ein Pharma-Märchen

Die Pharmaindustrie verkauft den armen psychisch Kranken nicht nur heilsame Medikamente, nein, sie erzählt ihnen und allen anderen Gutgläubigen auch

¹⁷ Störungen im Bewegungsablauf

¹⁸ Sitzunruhe, allgemeine motorische Unruhe

¹⁹ Anhaltende oder zeitweise auftretende unwillkürliche Muskelanspannungen. Ursache ist eine fehlerhafte Ansteuerung durch das Gehirn.

²⁰ Zittern

gern das eine oder andere Märchen. Hier ist eins: Als die Atypika in Deutschland neu und teuer waren, weigerten sich viele Ärzte und Ärztinnen ihren Patient/inn/en diese tollen Heilmittel zu verschreiben, weil die bösen Krankenkassen an den Ärmsten der Armen sparen wollten. Diesen Missstand aufzuklären, die Bevölkerung auf zu rütteln und ihren Beitrag zum Wohl der psychisch Kranken zu leisten, verschlug es im Jahr des Herrn 2000 eine investigative Journalistin (von Haus aus Biologin) sogar bis ins abgelegene Bochum. Hier wurde ihr gesagt, es handele sich um ein Märchen, von interessierten Kreisen lanciert²¹. Sie werde kein einziges Beispiel finden. Ob denn das nicht eine Story sei?

Und wenn sie nicht gestorben ist, recherchiert sie noch heute.

Depotneuroleptika

Depotneuroleptika stellen eine besonders perfide Form der psychiatrischen Versklavung dar. Sie können nicht ohne Mitwirkung des Arztes reduziert werden, es sei denn, man riskiert einen gefährlichen kalten Entzug. Sie werden in den Gesäßmuskel gespritzt und über die Dauer von 1 bis 4 Wochen freigesetzt. Nach der Spritze ist man oft sehr müde, gegen Ende des Depotzeitraums gibt es oft einen leichten Entzug. Wenn man schon dämpfende Substanzen nimmt, sollte man sie schwerpunktmäßig (besser noch ausschließlich) abends nehmen. Dämpfende Substanzen dienen der Erzielung von Schlaf oder der Unterstützung des Tag-Nacht-Rhythmus. Insofern ist es Quatsch, sie in solchen Abständen zu nehmen. Dass der Magen-Darm-Trakt durch Depotneuroleptika weniger als durch Tabletten/Tropfen belastet wird, wiegt die Nachteile dieser Verabreichungsform nicht auf.

Umrechnung auf Tabletten:

1 ml Fluanxol-depot 2%ige Lösung entspricht 20 mg, es gibt auch 10%ige Lösung

1 ml Haldol-decanoat entspricht 50 mg Haloperidol Risperdal-Spritzen sind bereits in mg angegeben.

Ferner gibt es Lyogen/Dapotum/Fluphenazin-depot (bereits in mg angegeben), Decantan-depot (Angabe in mg), Ciatyl-depot (Angabe in mg), Imap-Depotspritzen (hier gibt es keine Tabletten). Und ganz neu: Auch Zyprexa gibt es als Depotspritze.

²¹ lancieren – hier: groß herausbringen

Ausgewählte Nebenwirkungen häufig verordneter Psychopharmaka (1) bis (7)

Quelle ist die Arzneimitteldatenbank des Arznei-Telegramms, Stand 12-2006 .

Nebenwirkungen Abilify (Aripiprazol)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en)
9 Nebenwirkungen verzeichnet
Angst 25%, Brechreiz, Erbrechen 12%, extrapyramidale Symptome (= Bewegungsstörungen) 15-26%, Kopfschmerzen 32%, Müdigkeit 9-15%, Schlafstörungen 24%, Somnolenz (= abnorme Schläfrigkeit) 9-15%, Übelkeit 14%

Häufig (d.h. bei 1-10%)
56 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Akathisie (= Sitzunruhe) 10%, Appetitlosigkeit, Augenschmerzen, Brustschmerzen, Depression, Diabetes mellitus, Gedächtnisstörung, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme 8%, Harninkontinenz 6%, Hauttrockenheit, Husten 3%, Magen-Darm-Störung, Manie, Obstipation (=Verstopfung), Panikstörung, Schluckauf, Schwächezustand 7%, Tod.

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%)
101 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Akne, Arthrose, Blickkrampf, Durst, Herzinfarkt, Karies, Nierenversagen, Schüttelfrost, Spätdyskinesie, Suizidalität, Tinnitus.

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en)
60 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Bluthusten, Gicht, Lungenembolie, Lungenödem, Schlaganfall, Thrombose.

Ferner (d.h. ohne Einstufung)
24 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Herzrhythmusstörungen, Muskelschmerz, Rückenschmerzen.

49 Tabletten zu 5 mg kosten 361,89 €.

Nebenwirkungen Seroquel (Quetiapin)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en)

Kopfschmerzen 19%, Müdigkeit 18%, Benommenheit, Somnolenz (= abnorme Schläfrigkeit).

Häufig (d.h. bei 1-10%)
26 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Angst 5%, Bewusstseinsstörung 1% - ggf. Zeichen eines malignen (= bösartigen) neuroleptischen Syndroms, Blutbildungsstörung, Erregungszustand bis 9%, Fieber 2%, Gewichtszunahme 2%, Hautausschlag 4%, Hypotonie (= niedriger Blutdruck) 1-10%, Magen-Darm-Störung, Mundtrockenheit 8%, Obstipation (= Verstopfung) 9%, Ohrenscherzen 1%, Rückenschmerzen 2%, Schlafstörungen bis 10%, Schwindel 10%, Tachykardie (= Herzasen) 7%, Therapieabbruch wegen Unverträglichkeit 5%.

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%)
7 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Krampfanfälle 0,8%, Thrombose

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en)
25 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Agranulozytose (= Absterben der weißen Blutkörperchen), Ateminsuffizienz – Einzelbericht: akutes Atemversagen nach Einzeldosis bei einem Patienten mit COPD
Diabetes mellitus – Einzelberichte, Grand mal, diabetisches Koma, Leberinsuffizienz – tödliches Leberversagen, Einzelbericht, Leberschaden – Einzelbericht, Spätdyskinesie, Tod - durch malignes neuroleptisches Syndrom; auffällig erhöhte Mortalität bei Alterspatienten mit Demenz

Ferner (d.h. ohne Einstufung)
25 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Akathisie (= Sitzunruhe), Diarrhö (= Durchfall), Harninkontinenz, Harnverhaltung, Herzrhythmusstörungen - ggf. Zeichen eines malignen neuroleptischen Syndroms, Hypomanie, Nierenversagen - ggf. Zeichen eines malignen neuroleptischen Syndroms, Ödem, Verwirrtheit.

100 Tabletten zu 25 mg kosten 88,76 €.

Nebenwirkungen Zyprexa (Olanzapin)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en)
13 Nebenwirkungen verzeichnet
Aggressivität bis 15%, Erregungszustand bis 23%, extrapyramidale Symptome (dosisabhängig bis 19%), Gewichtszunahme - um 7% und mehr vom Ausgangswert (17% bzw. 40% bei 1,5- bzw. 12-monatiger Einnahme), Hyperprolaktinämie (=),

Kopfschmerzen bis 17%, Müdigkeit dosisabhängig bis 39%, Mundtrockenheit bis 13%, Nervosität 15%, Obstipation (= Verstopfung) dosisabhängig bis 15%, Schwächezustand bis 20%, Schwindel dosisabhängig bis 17%, Somnolenz (= abnorme Schläflichkeit) bis 39%.

Häufig (d.h. bei 1-10%)

68 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Abdominalschmerzen 4%, Akathisie (= Sitzunruhe) 6%, Angst 9%, Appetitsteigerung 2%, Arzneimittelabhängigkeit 2%, Augenerkrankung 2%, Brustschmerzen 4%, Diarrhö (= Durchfall) 3%, Durst, Dyskinesie, Einschränkung des Reaktionsvermögens, Erbrechen, Fieber 5%, Gedächtnisstörung 2%, Gelenkbeschwerden 2%, Halluzinationen, Harninkontinenz, Harnwegsinfektion, Hautausschlag 2%, Husten 5%, Hypotonie (= niedriger Blutdruck) 2%, Knöchelödem 2%, Menstruationsstörung 2%, Neurose 1%, Ödem 2%, orthostatische Hypotonie 5%, Persönlichkeitsstörung 8%, Rachenentzündung dosisabhängig bis 10%, Rhinitis (= Schnupfen, Nasenschleimhautentzündung) 10%, Rückenschmerzen 4%, Schmerzen 10%, Sprechstörung 4%, Suizidalität, Tachykardie (= Herzrasen) 4%, Tremor bis 7%, Übelkeit bis 9%, Verwirrtheit 1%.

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%)

94 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Apnoe, Arthritis, Asthma bronchiale, Augenblutung, Augenentzündung, Augenschmerzen, Beckenschmerzen, Bluthusten, Blutstuhl, Blutung, Delirium, Diabetes mellitus, Ejakulationsstörung, Ekzem, Gastritis, Gicht, Harnverhaltung, Hörstörung, Impotenz, Koma, Libidosteigerung, Libidoverlust, Migräne, Nasenbluten, Phobie, Schluckstörung, Schüttelfrost, Störung des Geschmacksinns, Tinnitus, Wadenkrämpfe, Zungenödem.

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en)

60 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Anämie, Glaukom, Herzblock, Herzinfarkt-Verdachtsberichte, Herzkreislaufversagen, Herzrhythmusstörungen-Einzelberichte, Kammerflimmern, Knochenschmerzen, Krampfanfälle, Lungenembolie, malignes neuroleptisches Syndrom, Neuralgie, Niereninsuffizienz, Nierenversagen, akutes Nierenversagen, Priapismus, Thrombose, Tod, Venenthrombose,

Ferner (d.h. ohne Einstufung)

22 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Halsschmerzen, Leberschaden, Schlaganfall (Risiko im Vergleich zu Plazebo dreifach erhöht,

insbesondere bei Patienten über 75 Jahre und mit Demenz (0,4% vs. 1,3%).

56 Tabletten zu 2,5 mg kosten 137,67 €.

Nebenwirkungen Solian (Amisulprid)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en)

3 Nebenwirkungen verzeichnet: Angst 11%, extrapyramidale Symptome (= Bewegungsstörungen) 22%, Schlafstörungen 14%

Häufig (d.h. bei 1-10%)

17 Nebenwirkungen verzeichnet: Akathisie (= Sitzunruhe) 1-10%, Brechreiz, Einschränkung des Reaktionsvermögens, Erbrechen, Erregungszustand 4%, Galaktorrhö (= Milchfluss) 4%, Gewichtszunahme 3%, Hypokinese 1-10%, Magen-Darm-Störung, Müdigkeit 5-10%, Nervosität 2%, Obstipation (=Verstopfung), Rigor 1-10%, Speichelfluss 1-10%, Tremor 1-10%, Übelkeit, Unruhezustand 5-10%

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%)

6 Nebenwirkungen verzeichnet: Amenorrhö (Ausbleiben der Menstruation) 0,9%, Hyperprolaktinämie (Erhöhung des Prolaktinspiegels), Menstruationsstörung 0,9%, Mundtrockenheit, orthostatische Hypotonie (bei Wechsel in die aufrechte Körperlage (Orthostase) auftretende Regulationsstörung des Blutdrucks), Schwindel

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en)

7 Nebenwirkungen verzeichnet: Dystonie – akute, Hypotonie (niedriger Blutdruck), Koma, Krampfanfälle, malignes neuroleptisches Syndrom, Rhabdomyolyse (Auflösung quergestreifter Muskelfasern), Torsade de pointes (spezielle Form einer Herzrhythmusstörung)

Ferner (d.h. ohne Einstufung)

23 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Allergische Reaktion, Blickkrampf, Blutdruckabfall, Dyskinesie, EKG-Veränderungen – dosisabhängige QT-Verlängerung, Fieber – hohes, Impotenz, Orgasmusstörung, Parkinson-Syndrom, Schiefhals, Spätdyskinesie, Zungenschlundsyndrom

100 Tabletten zu 50 mg kosten 55,74 €.

Nebenwirkungen Risperdal (Risperidon)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en)
6 Nebenwirkungen verzeichnet
Angst bis 20%, extrapyramidale Symptome (= Bewegungsstörungen) 17%, nach Hochdosierungen 34%, Kopfschmerzen bis 14%, Müdigkeit bis 41%, Obstipation bis 13%, Schlafstörungen – mit Schlaflosigkeit bis 26%, verlängerter 1% oder verkürzter Schlafdauer

Häufig (d.h. bei 1-10%)
50 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Abdominalschmerzen bis 4%, Aggressivität bis 3%, Appetitlosigkeit 1%, Arthralgie (= Gelenkschmerz) bis 3%, Atemwegsinfektion – obere Atemwege 3%, Brechreiz, Brustschmerzen bis 3%, Depression 1-10%, Durst 1%, Erbrechen bis 7%, Erektionsstörung 1%, Erschöpfung 1-10%, Fieber bis 3%, Gewichtszunahme, Hautausschlag bis 5% selten mit Blasen, Hauttrockenheit bis 4%, Husten 3%, Impotenz, Libidoverlust 1%, Polyurie (= krankhaft erhöhte Urinausscheidung) 1%, Rachenentzündung bis 3%, Rhinitis (= Schnupfen, Nasenschleimhautentzündung) bis 10%, Rückenschmerzen bis 2%, Schwindel bis 7%, Sehstörungen bis 2%, Tachykardie (= Herzrasen) bis 5%, Übelkeit bis 6%, Zahnschmerzen bis 2%.

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%)
67 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Akne, Appetitsteigerung, Blähungen, Blutstuhl, Diabetes mellitus, Diarrhö (= Durchfall), Euphorie, Gastritis, Gedächtnisstörung, Hämorrhoiden, Harninkontinenz, Hautabschälung, Herzinfarkt, Konzentrationsstörung, Krampfanfälle 0,3%, Muskelschmerz, Nasenbluten, Nervosität, Ödem, Schluckstörung, Sprechstörung, Stupor, Tod – insbesondere bei Alterspatienten mit Demenz, Verwirrtheit.

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en)
98 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:
Alpträume, Arthritis, Arthrose, Asthma bronchiale, Augenschmerzen, Delirium, EKG-Veränderungen, Harnverhaltung, Hautulkus, Hitzegefühl, Hypomanie, Koma, Leberversagen, Leberschaden, Magen-Darm-Blutung, malignes neuroleptisches Syndrom. Manie - Einzelbericht, Migräne, Niereninsuffizienz, Priapismus, Schiefhals, Schlaganfall insbesondere bei Demenzpatienten, Stottern, Stuhlinkontinenz, Thrombose, Tinnitus, Tod plötzlicher – Herztod, Wadenkrämpfe, Warzen.

Ferner (d.h. ohne Einstufung)
33 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:

Frühdyskinesie, Hämatom, Kanzerogenität möglich – bei Nagern nach Hochdosen vermehrt
Mammakarzinome, Knochenschmerzen, Miktionsstörung, Muskelschwäche, Tumorigenität möglich – bei Nagern nach Hochdosierungen vermehrt Hypophysen- und Pankreasadenome.

50 Tabletten zu 0,5 mg kosten 64,14 €.

Nebenwirkungen Carbamazepin (Tegretal, Timonil, Sirtal, Finlepsin, Espa-Lepsin usw.)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en), 7 Nebenwirkungen verzeichnet:
Ataxie - vorwiegend initial; Blutbildungsstörung bei symptomatischer Blutbildungsstörung Carbamazepin absetzen; Doppeltsehen (4-58%, bei Kombinationsbehandlung bis 88%): evtl. Zeichen von zu hoher Dosierung; Hyponatriämie (zu niedriger Natriumspiegel im Blut) - bis zu 15%, zum Teil mit gleichzeitigem Erbrechen; Müdigkeit; Schwindel - evtl. Zeichen einer zu hohen Dosierung; Somnolenz (= abnorme Schläfrigkeit).

Häufig (d.h. bei 1-10%);
16 Nebenwirkungen verzeichnet:
Appetitlosigkeit, Brechreiz, Eosinophilie (= zu viele eosinophile Granulozyten), Erbrechen, Fieber; Hautausschlag (bis 10%) - meist innerhalb der ersten 2 Wochen sowie 2 Wochen nach Absetzen abgeklungen; Hautreaktion, allergische; Kreuzallergie - mit Oxcarbazin (25-30%); Leukopenie (10% vorübergehend, 2% anhaltend), bei Leukozyten unter 2.000/cumm Carbamazepin absetzen; Mundtrockenheit, Pruritus (= Juckreiz); Thrombozytopenie (= Mangel an Blutplättchen) - bei Thrombozyten unter 80.000/cumm Carbamazepin absetzen; Transaminasenanstieg, Übelkeit, Urtikaria (= Nesselsucht, Quaddelsucht), verschwommenes Sehen.

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%); 13 Nebenwirkungen verzeichnet:
Angina pectoris – Verschlechterung, AV-Block (= eine Herzrhythmusstörung), Bradykardie (= verlangsamer Herzschlag), Gewichtszunahme, Herzrhythmusstörungen, Kopfschmerzen, Niereninsuffizienz, Nystagmus (= Augenzittern), Ödem, Tic nerveux, Unruhezustand, Verwirrtheit, Wasserretention (= Wassereinlagerung).

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en) 68 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl:

Aggressivität, Agranulozytose (= Absterben der weißen Blutkörperchen) - bei Granulozyten unter 1.000/cumm Carbamazepin absetzen, Antikörpermangel, Arzneimittelmissbrauch – Einzelberichte, Augenmuskellähmung - Einzelbericht nach

Hochdosis, Denkstörung, Diarrhö (= Durchfall), Galaktorrhö (= Milchfluss), Gynäkomastie (= männliche Brustvergrößerung), Halluzinationen - akustisch und visuell; Hepatitis - cholestatische, hepatozelluläre, granulomatöse bzw. gemischte; Herzinfarkt - bei Koronaratherosklerose, Einzelbericht bei einem Kind; Impotenz; Infertilität des Mannes - verminderte Fertilität; Libidoverlust, Lungenfibrose, malignes neuroleptisches Syndrom - Einzelberichte, Manie - manische Verstimmung, Multiple Sklerose – Symptom-verschlechterung, Phobie, Psychose - Aktivierung latenter Psychosen, Spermatogenese-hemmung – abnorme Spermiogenese, Sprechstörung, Tinnitus, toxische epidermale Nekolyse.

Ferner (d.h. ohne Einstufung); 134

Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Akne; allergische Reaktion - als sog. Antikonvulsiva-Überempfindlichkeitssyndrom einschließlich Fieber, Hautausschlag, Lymphadenopathie und Hepatitis sowie mit Beteiligung anderer Organsysteme; bei schwerer allergischer Reaktion Carbamazepin sofort absetzen; Anämie, Appetitsteigerung, Asthma bronchiale; Beeinflussung von Bestimmungsmethoden - falsch negative Schwangerschaftstests und Störung von Schilddrüsenfunktionsparametern; falsch positiver Dexamethason-Suppressionstest bei Cushing-Syndrom; Blutdruckabfall - insbesondere nach hohen Dosierungen, Blutgerinnungsstörung, Desorientiertheit, Dyskinesie - z.B. orofaziale Dyskinesie, emotionale Labilität, Erregungszustand, Gesichtsoedem, Gewichtsabnahme, Glaukom, Gliederschmerzen; grippeähnliches Syndrom - Blutbild prüfen, ggf. Behandlung abbrechen, bei Epilepsiepatienten ausschleichen; Halsentzündung; Halsschmerzen - Blutbild prüfen, ggf. Behandlung abbrechen, bei Epilepsiepatienten ausschleichen; Herzinsuffizienz, Herzkreislaufversagen, Krampfanfälle - bisweilen erhöhte Häufigkeit generalisierter Krampfanfälle oder von Absencen, Kreislaufversagen, Leberinsuffizienz - Lebersversagen auf allergischer Basis; Lebernekrose - massive, mit Verlust des gesamten intakten Lebergewebes, tödlich; Leberschaden - Lebersversagen auf allergischer Basis, Folge des Antikonvulsiva-Überempfindlichkeitssyndroms; Lethargie, Lungenerkrankung – allergische, Magen-Darm-

Störung, Miktionsstörung, Mundschleimhautgeschwür, Muskelschwäche, Nasenbluten, Nephritis – interstitielle (eine Nierenerkrankung), Nervosität, Nierenversagen, Persönlichkeitsstörungen, Polyneuropathie, Rachenentzündung, Schlafstörungen, Schmerzen, Schüttelfrost, Sehstörungen, Sepsis (umgangssprachlich Blutvergiftung), Spina bifida (= offener Rücken) - bzw. Meningomyelocele (Inzidenz 1% der Exponierten) beim Neugeborenen nach Einnahme von Carbamazepin durch die Mutter, Status epilepticus - bei abruptem Absetzen; Tod - durch Herz-Kreislauf-Komplikationen, Blut- bzw. Leberschäden; Tremor (= Zittern) – Flattertremor, Tumorigenität möglich - hepatozelluläre Tumore und benigne Hodentumoren nach hochdosierter Langzeitgabe bei Ratten, Wadenkrämpfe, ZNS-Toxizität.

50 Tabletten zu 200 mg kosten 12,81 €. Pharmaforschung ist teuer, aber ein Menschenleben ist unbezahlbar.

Nebenwirkungen Citalopram (Citalo-Q, Citalich, Citadura, Serital, Futuril, Cipramil, Citalon)

Sehr häufig (d.h. bei mehr als 10% der Konsument/inn/en), 12 Nebenwirkungen verzeichnet: Hyperhidrosis (11%), Kopfschmerzen (bis 27%), Müdigkeit (18%), Mundtrockenheit (20%), Obstipation (bis 13%), Schlafstörungen, Schwächezustand (bis 16%), Sehstörungen (bis 12%), Somnolenz, Therapieabbruch wegen Unverträglichkeit (16%), Tremor, Übelkeit (21%), Verstoffwechslung über CYP 2C19 (ca. 60%), Verstoffwechslung über CYP 3A4 (ca. 30%).

Häufig (d.h. bei 1-10%); 60 Nebenwirkungen verzeichnet: Abdominalschmerzen (3%), Akkommodationsstörung (bis 10%), Albträume-verändertes Träumen (1,5%), Amenorrhö, Angst (6%), bei Patienten mit Panikstörungen, zum Teil anfangs verstärkte Angstsymptome, daher einschleichend dosieren; Appetitlosigkeit (4%), Appetitsteigerung, Arthralgie (2%), Atemwegsinfektion - obere (5%), Blähungen (2%), Brechreiz, Brustschmerzen (1%), Depression – Verschlechterung, Diarrhö (8%), Dysmenorrhö (3%), Dyspepsie (5%), Ejakulationsstörung (6%), auch vorzeitige Ejakulation nach SSRI-Entzug; Erbrechen (4%), Erregungszustand (3%), Erschöpfung, Erythem (6%), extrapyra-midale Symptome, Fieber (2%), auch als Teil eines Serotonin-Syndroms, Gähnen (2%), Gedächtnisstörung, Gewichtsabnahme (2%), Gewichtszunahme, grippeähnliches Syndrom (1%),

Hautausschlag (2%), Husten (2%), Impotenz (3%), auch sexuelle Dysfunktion bis Anorgasmie; Konzentrationsstörung (2%), Lethargie, Libidoverlust (2%), Magen-Darm-Störung, Menstruationsstörung (3%), Migräne, Miktionsstörung (bis 7%), Muskelschmerz (2%), Nervosität (5%), orthostatische Hypotonie (8%), Palpitationen (bis 10%), Parästhesien (bis 8%), Pollakisurie, Polyurie (5%), Pruritus (bis 4%), Rachenentzündung (3%), Rhinitis (5%), Rückenschmerzen (2%), Schmerzen (1,5%), Schwindel (10%), Sinusitis (2%), Speichelfluss, Störung des Geschmacksinns (4%), Suizidalität - bei Wegfall der Antriebs-hemmung, Tachykardie (6%), Unwohlsein (3%), Verstoffwechslung über CYP 2D6 (etwa 10%), Verwirrtheit (1,5%).

Gelegentlich (d.h. bei 0,1 bis 1%); 67 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Akne, Arzneimittelabhängigkeit, Augenschmerzen, Bronchitis, Durst, Halluzinationen, Harninkontinenz, Herzinfarkt, Nasenbluten, Persönlichkeitsstörungen, Psychose, Schluckstörung, Tinnitus, Wadenkrämpfe.

Selten (d.h. bei weniger als 0,1% der Konsument/inn/en) 66 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: Asthma Bronchiale, Glaukom, Hepatitis, Herzkreislaufversagen, Herzrhythmusstörungen, Lebernekrose, Lungenembolie, Magen-Darm-Blutung - Risiko auf das Dreifache erhöht im Vergleich zu Nichtverwendern, absolutes Risiko: 3 zusätzliche Blutungen pro 1.000 Patientenjahre; Nierenschmerzen, Schluckauf, Zwölffingerdarmgeschwür.

Ferner (d.h. ohne Einstufung); 32 Nebenwirkungen verzeichnet, eine Auswahl: allergische Reaktion, Entzugssyndrom - mit Angst, Parästhesie, Kopfschmerzen, Schwindel u.a. sowie mit Elektroschock-artigen oder Stromschlag-artigen Missempfindungen; Krampfanfälle - Citalopram absetzen; Manie - bei manischer Verstimmung Serotonin-Wiederaufnahmehemmer absetzen; Serotonin-Syndrom, Tod - durch Überdosis mit Krampfanfällen, Herzrhythmusstörungen u.a.

100 Tabletten zu 10 mg kosten 26,24 €. Es gibt Tabletten zu 10, 20, 30, 40 und 60 mg. Pharmaforschung ist teuer, aber ein Menschenleben ist unbezahlbar.

Soll ich die Psychopharmaka absetzen?

Zur Beantwortung dieser Frage gilt es eine Reihe von Umständen gegeneinander abzuwägen. Häufig ist

eine verbesserte Lebensqualität auch durch ein schrittweises Reduzieren der bislang eingenommenen Psychopharmaka auf eine niedrigere Dosis zu erlangen. Es gibt nicht nur die zwei Möglichkeiten ganz oder gar nicht.

Folgende Fragen sollten bei einer Entscheidung berücksichtigt werden

1. Wie ist meine Lebensqualität jetzt?
2. Wie schlimm war die Ver-rücktheit oder Niedergeschlagenheit, derentwegen ich mit dem Psychopharmakakonsum begann?
3. Haben die Psychopharmaka in der Akutsituation wirklich geholfen oder erfolgte eine Verbesserung meines Zustands erst nach vielen Monaten der Einnahme?
4. Ist eine Vorbeugewirkung der Psychopharmaka bei mir vorhanden?
5. Gibt es Lebensumstände, die mir so auf der Seele liegen, daß es kein Wunder ist, daß es mir schlecht geht?
6. Kann (will) ich diese Lebensumstände ändern?
7. Würde ich diese Lebensumstände ändern, wenn es mir (noch) schlechter ginge?
8. Wieviel Energie habe ich bislang in die Änderung meines Lebens gesteckt?
9. Wieviel Hoffnung habe ich bislang darein gesetzt, daß mir (nur) das richtige "Medikament" hilft?
10. Was wären die beruflichen und privaten Folgen einer erneuten Ver-rücktheit (Niedergeschlagenheit)?
11. Sind frühere Absetzversuche gescheitert?
12. Wenn ja, was ist heute anders und was kann ich heute anders machen, daß ich diesmal nicht scheitere?

Bemerkungen zu den Fragen:

- 1) Ist die Lebensqualität gut oder ausgezeichnet, bleibt noch das Argument möglicher Langzeitschäden um abzusetzen. Drogen- oder "Medikamenten"freiheit ist kein Wert an sich, man will länger und besser leben. Geht das mit Psychopharmakaeinnahme, soll man es tun.
- 2) Die meisten Ver-rücktheits- oder Niedergeschlagenheitszustände sind nicht so schlimm, als daß sie die vorbeugende Einnahme hochriskanter Neuroleptika oder Antidepressiva rechtfertigen. Anders sieht es aus, wenn ich mich oder andere massiv

geschädigt habe. Dann sollte ich mir vor dem Beginn des Absetzens ziemlich sicher sein, daß das nicht wieder passiert.

- 3) Eine Niedergeschlagenheit (Ver-rücktheit), die erst nach vielen Monaten ärztlicher Bemühungen verschwindet, hätte genausogut auch ohne diese Bemühungen verschwinden können. Es ist bekannt, daß diese Seelenzustände auch "von selbst" wieder "verschwinden" können.
- 4) Psychiater/innen behaupten, eine Dauermedikation mit Neuroleptika oder Lithium habe eine vorbeugende Wirkung gegen Psychosen. Selbst wenn man die im Auftrag der Pharmaindustrie erstellten Studien, die diese Vorbeugewirkung "beweisen", ernst nimmt, bleibt doch die Tatsache, daß viele Psychiatrie-Erfahrene trotz einer prophylaktischen (=vorbeugenden) Medikation immer wieder in der Psychiatrie landen. Wenn also eine Vorbeugewirkung im Einzelfall nicht vorhanden ist, gibt es auch keinen Grund, die Risiken der Dauermedikation in Kauf zu nehmen.
- 5) Psychiater/innen reden lieber über Neurotransmitter oder mysteriöse Krankheiten als über Einsamkeit, Partnerschaftsprobleme, Mobbing, Prüfungstress, Liebeskummer oder die Sinnlosigkeit des Lebens. Davon versteht nämlich fast jede/r was. Und dazu braucht es leider auch keine hochbezahlten Spezialisten.
- 6) Wenn ja, dann braucht es nach einer Änderung vielleicht auch keine Drogen, pardon Medikamente mehr. Oft scheitern Absetzversuche daran, daß die der Ver-rücktheit oder Niedergeschlagenheit zugrunde liegenden Probleme nicht gelöst wurden. Oft haben die Psychopharmaka das Problem nur aus dem Blickfeld gedrängt. Aber Vorsicht: Nicht für jedes Problem gibt es eine Lösung. Und: Nicht jedes Problem ist für jeden Menschen lösbar. Besser mit Psychopharmaka halbwegs erträglich leben, als nach unüberlegtem Absetzversuch mit noch mehr Psychopharmaka eine massive Einbuße der Lebensqualität erleiden.
- 7) Wenn nein, in Ordnung. Wenn ja, bedeutet das, meine Lebensumstände haben etwas mit meiner Befindlichkeit zu tun. Auch jetzt schon, wo es mir (noch) nicht ganz schlecht geht. Auch jetzt könnte ich an den Lebensumständen (Arbeit, Wohnen,

Freundschaften, Beziehung, Einsamkeit usw.) etwas verändern. Vorsicht: Verändern ist nicht dasselbe wie verbessern.

- 8) Wenn viel: Habe ich die Energie an der richtigen Stelle investiert? Beispiele: Einen Berufsabschluss oder eine Berufstätigkeit anstreben, der/die für mich selbst in unerreichbarer Ferne liegt. Obwohl die dritte Therapie auch wieder nichts gebracht hat, alle Hoffnung darein setzen, daß es die vierte Therapie bringen wird. Wenn wenig oder gar keine: Warum nicht? Gab es wichtigeres zu tun? Haben mir die Psychopharmaka alle Kraft geraubt? War es die Diagnose "psychisch krank", die mir alle Anstrengungen vergeblich scheitern ließ?
- 9) Wenn viel: Ein Fachmann (Friseur, Installateur, Arzt, Steuerberater) wird deswegen konsultiert, weil er etwas besser kann als man selbst. Erfolge qualifizieren, nicht ein Berufsabschluß. Seelische und soziale Probleme zu unheilbaren psychischen Krankheiten umdeuten und davon reden, daß die Wissenschaft noch nicht so weit sei, kann der blutigste Laie. Erfolge machen den Experten aus und sonst nichts.
- 10) Absetzen bedeutet eine Chance, beinhaltet aber auch ein zusätzliches Risiko. Wenn z.B. eine wichtige Prüfung kurz bevor steht, ich heiraten möchte oder sonst etwas Wichtiges in den nächsten Monaten vorhabe, sollte ich mir überlegen, ob ich diese Vorhaben diesem zusätzlichen Risiko aussetzen will. Was spricht dagegen, bis nach dem wichtigen Ereignis mit dem Absetzen zu warten?
- 11) Wenn nein, in Ordnung. Wenn ja, warum? Diese Frage ist wichtig. Ich setze nicht ab, um abzusetzen, sondern damit es mir dauerhaft besser geht.
- 12) Häufigster Fehler ist zu schnelles Absetzen. Je länger der Konsum gedauert hat, um so mehr Zeit sollte in das Absetzen investiert werden. Wer 10 Jahre lang Psychopharmaka genommen hat, kann sich durchaus ein Jahr fürs Absetzen Zeit lassen.

Nachbemerkung: Drei drogenfreie Monate ohne Ver-rücktheit oder Niedergeschlagenheit heißen nicht viel. Ab 12 Monaten ohne Psychopharmaka weiß man, daß die Entscheidung zum Absetzen nicht völlig verkehrt war. Auch nach Monaten oder Jahren der Drogenfreiheit können neue Ver-rücktheits- oder Niedergeschlagenheitszustände auftreten.

Absetzen allein genügt oft nicht



Wie man von Psychopharmaka herunterkommt

Dieser Beitrag wendet sich an Menschen, die sich aus der Psychopharmaka-Abhängigkeit lösen wollen. Dieser Wunsch kann Folge der am eigenen Körper und Geist erlebten "Neben"-Wirkungen sein; er kann aber auch aus der Lektüre kritischer Literatur resultieren, wie z.B. den Büchern von Peter Lehmann: (Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen, 1993); (Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken, 1996; Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern, 1996); Joseph Zehentbauer: (Chemie für die Seele, 1997) oder Peter Breggin (Giftige Psychiatrie, Band 1 und 2, 1997). Mittlerweile erschien 2002 die 2. Auflage des von Peter Lehmann herausgegebenen Buchs Psychopharmaka absetzen. (Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Anti-depressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern, 1998).

Diesem Artikel liegen sowohl eigene Erfahrungen wie auch Erfahrungen anderer Menschen zugrunde, sowie die 1986 in der Zeitschrift "Türspalt" erschienene Übersetzung aus "Dr. Caligari's Psychiatric Drugs".

Psychopharmaka werden wie andere Drogen (Von Alkohol bis zu Kokain und Heroin) hauptsächlich zur Betäubung des Leidens an persönlichen und/oder sozialen Problemen eingesetzt. Diese Probleme stellen sich während oder nach dem Absetzen dem betroffenen Menschen häufig wieder massiv in den Blick. Wer an unbefriedigenden oder sogar fürchterlichen Verhältnissen leidet, sollte sich über das eigene "Ausrasten" nicht wundern. Es gibt keine Psychosen, es gibt nur die individuelle Verrücktheit, mit der Menschen auf ihre aktuelle Umwelt, schreckliche Erlebnisse der Vergangenheit oder auch den eigenen Umgang mit sich selbst (z.B. selbstabwertende Gedanken) reagieren. Es kann also ratsam sein, vor dem Absetzen eine Änderung der Lebensumstände (Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte) oder des Umgangs mit sich selbst durchzuführen.

Plötzliches Absetzen kann gefährlich sein

Viele Menschen nehmen die erste sich bietende Gelegenheit, um die Einnahme der "Medikamente" zu beenden. Dies ist angesichts der verheerenden "Neben"-Wirkungen verständlich, trotzdem aber meistens nicht der beste Weg. Typischerweise fördern manche Psychiater/innen diese riskante Form des Absetzens noch, indem sie auf an den "Medikamenten" geäußerte Kritik mit einem saloppen "dann lassen Sie sie doch einfach weg" antworten.

Bei Tranquilizern (z.B. Valium, Librium, Adumbran, Lexotanil, Tavor) sowie Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Sedativa, Barbiturate, Hypnotica) kann es bei plötzlichem Absetzen sogar zu lebensgefährlichen Krampfanfällen kommen. Dies ist bei Lithium, Anti-depressiva oder Neuroleptika nicht der Fall, doch auch hier empfehle ich unbedingt einen stufenweisen Entzug. Wer jahrelang Psychopharmaka geschluckt hat, sollte durchaus einige Monate Zeit investieren. Schließlich hat er/sie der Psychiatrie Jahre eingeräumt, ohne dass eine Problemlösung erfolgte. Warum also von einem anderen Weg Wunder verlangen?

Allmählicher und stufen- weiser Entzug

Der beste und sicherste Weg ist der stufenweise Entzug. Ein Beispiel: Sie nehmen 200 mg Neurocil

pro Tag ein. Der erste Schritt besteht z.B. darin, die Tagesdosis auf 175 mg zu verringern. Dann eine bis sechs Wochen abwarten, ob sich Entzugserscheinungen einstellen. Wenn nicht, die Tagesdosis auf 150 mg verringern. Wieder eine bis sechs Wochen abwarten. Falls wiederum keine Entzugserscheinungen zu spüren sind, den nächsten Schritt vornehmen usw. Sollten sich Entzugserscheinungen einstellen, wie z.B. Unruhe oder Schlaflosigkeit, abwarten, bis diese abgeklungen sind, bevor Sie daran denken, den nächsten Absetzschritt vorzunehmen.

Werden die Entzugserscheinungen unerträglich, so dass Sie ein neuerliches "Ausrasten" befürchten, lieber zu einer vorhergehenden Stufe des Entzugs zurückkehren. Eine momentane Erhöhung der Drogeneinnahme ist auf jeden Fall einem Anstaltsaufenthalt mit einem vielfachen der Dosis der "freiwillig" eingenommenen "Medikamente" vorzuziehen.

Es kann auch sein, dass der erste Teil des Entzugs völlig problemlos verläuft, dass jedoch beim Absetzen der letzten Tablette (in diesem Beispiel 25 mg Neurocil) Schwierigkeiten auftreten. Hier ist es sinnvoll, den letzten Schritt nochmals zu unterteilen. Ein Beispiel: Zuerst auf eine $\frac{3}{4}$ 25 mg Tablette heruntergehen, abwarten - wenn keine Entzugserscheinungen auftreten auf $\frac{1}{2}$ Tablette usw. Bei Tabletten, die sich nicht unterteilen lassen, kann man jeden 5. Tag die Tablette weglassen, anschließend jeden 4. Tag ... wenn man jeden 2. Tag die Tablette nimmt, kann dazu übergegangen werden, sie jeden 3. Tag zu nehmen, dann jeden 4. Tag usw. So kann der Entzug auch bei Niedrigdosierungen noch in vielen Stufen erfolgen.

Entzug von Depot-Spritzen

Depotspritzen stellen eine besonders perfide Form der Abhängigmachung dar. Hier ist eine Reduktion nur unter Mithilfe des Psychiaters / der Psychiaterin möglich. Auch hier gilt die Regel: Schrittweise die Dosis reduzieren - als letzten Schritt die Abstände zwischen den Depot-Spritzen verringern. Unter Umständen ist auch als erster Schritt der Umstieg auf Tabletten zu empfehlen, da sich diese besser nach dem momentanen Befinden dosieren lassen.

Wenn der Psychiater / die Psychiaterin nicht mitspielt: Jeder Arzt und jede Ärztin darf Neuroleptika und andere Psychopharmaka verschreiben. Da es für viele Menschen beruhigend wirkt, einen "Fach"-Menschen während des Entzugs als Ansprechpartner/in zu haben, sollte ein eventuell

notwendiger Arztwechsel vor Beginn des Entzugs erfolgen. Oft kann - nicht nur bei Depot-Spritzen - Unterstützung durch eine/n Heil-praktiker/in sinnvoll sein. Auch bei verschiedenen Meditations- und Yogaarten gibt es ermutigende Berichte.

Kann man während oder nach einem Entzug durchdrehen?

Ja. Auch Monate oder Jahren nach einem erfolgreichen Entzug ist ein erneutes "Ausrasten" möglich. Wenn Gespräche mit Freund/inn/en keine Erleichterung verschaffen oder nicht möglich sind, ist die Einnahme einer Tablette oft ein kleineres Übel als der Anstaltsaufenthalt. Wohlgermerkt: Ein kleineres Übel.

In der psychiatrischen Literatur ist bekannt, dass auch kleinste Dosen Neuroleptika in Einzelfällen lebens-gefährliche Zungen-Schlund-Krämpfe auslösen können. Andererseits ist auch ein Anstaltsaufenthalt mit vielen Nachteilen und fast immer mit "Medikation" verbunden. Wer sich von einer hohen Dosis "Medikamente" auf Null dosiert hat, wird oftmals erstaunt feststellen, wie stark eine ganze oder halbe Tablette auf einen giftfreien Körper wirkt.

Umweltfaktoren

Es ist sehr wichtig, während des "Medikamenten" - Entzugs eine stabile Lebenssituation zu haben. Sie können sich glücklich schätzen, wenn Sie unter Menschen sind, die das Wesen des "Medikamenten" - Entzugs verstehen und Ihre Anstrengungen unterstützen. Wenn Sie unter Menschen sein müssen, die ihre Entscheidung missbilligen, von den "Medikamenten" loszukommen: Bestehen Sie darauf, dass diese Ihr Recht dazu respektieren. Natürlich ist es besser, wenn Sie während des Entzugs für sich alleine als mit nicht-mitfühlenden oder feindlich eingestellten Menschen zusammen sind. Viele Menschen sind allein von den "Medikamenten" losgekommen.

Nachbemerkung

Dieser Text bezieht sich vorwiegend auf den Neuroleptika-Entzug. Viele der darin gemachten Aussagen sind aber ohne weiteres auf andere Psychopharmaka-Klassen wie Tranquilizer, Lithium, Antidepressiva und Barbiturate übertragbar. Bei Barbituraten und Tranquilizern hat sogar die "natur"-wissenschaftliche Medizin inzwischen teilweise eingesehen, dass diese suchtbildend sind und bietet den Entzug in eigenen Kliniken an. Es ist allerdings

Geschmacksfrage, ob man sich dem medizinisch – industriellen Komplex, der die Sucht erst erzeugt hat, ein weiteres Mal anvertrauen möchte.

Ein starkes Argument gegen jedwede Psychopharmaka und für einen Entzug ist, dass Menschen unter Psychopharmaka verlernen, ihre Gefühle und Gedanken zu steuern. Dies muss beim Entzug unter Umständen erst wieder gelernt werden.

Das Wichtigste

Da jeder Mensch anders ist, lässt sich nichts verallgemeinern. Jede/r muss selbst herausfinden, was ihr/ihm gut tut. Dazu ist eine gewisse Selbstbeobachtung notwendig, die erlernbar ist.

Der häufigste Fehler

Man fühlt sich bereits nach dem ersten oder zweiten Schritt des Absetzens besser. Man denkt: Wie gut muss es mir erst gehen, wenn ich gar nichts mehr nehme? Der Rest der "Medikamente" wird schlagartig (oder auch nur zu schnell) abgesetzt, man dreht durch, oft mit erneutem Anstaltsaufenthalt.

Ein weiteres wichtiges Argument für langsames Absetzen: Das Auftreten der bislang unbehandelbaren Spätdyskinesien (Spätbewegungsstörungen) wird durch rasches Absetzen begünstigt.

Also: langsam!

Mit Geduld zur Freiheit von Psychopharmaka

Über die Hälfte aller Absetzversuche scheitern, ein erneuter Anstaltsaufenthalt findet statt. Das liegt daran, dass die Freiheit von Psychopharmaka keine einmal getroffene und dann umgesetzte Entscheidung sondern ein Weg ist. Auf diesem Weg gibt es Umwege und Verzögerungen.

Die Freiheit von Psychopharmaka ist das Ziel. Kein Ziel sollte um jeden Preis angestrebt werden. Ein großer Teil der gescheiterten Absetzversuche ist einer „Ganz oder Gar Nicht Strategie“ zuzuschreiben, die viele Psychiatrie-Erfahrene in Bezug auf Psychopharmaka fahren.

Entweder sie erhoffen sich sehr viel von diesen Drogen, vergöttern sie wie magische Kugeln, die der göttergleiche Arzt gegen „die Krankheit“ verordnet, oder sie sehen sie als Teufelszeug an, von denen eine eingenommene Pille bereits ins Verderben führt.

Vor der Freiheit von Psychopharmaka liegt meistens eine Phase des selbst verantworteten Umgangs mit diesen Drogen. Oft kann eine völlige Freiheit von Psychopharmaka nicht erreicht werden. Eine bessere Lebensqualität durch einen selbst verantworteten Umgang mit weniger Psychopharmaka ist hingegen sehr oft möglich.

Selbstbestimmte Einnahme der Psychopharmaka

Für viele Psychiatrie-Erfahrene scheint es schwer vorstellbar, dass sie selber über die Dosis der eingenommenen Psychopharmaka entscheiden. Der Satz: "Der Arzt hat aber gesagt ..." ersetzt Selbstbeobachtung und Eigenverantwortung. Doch selbst wenn ich dem Arzt die Entscheidung überlasse, müsste ich ihm zum Zwecke einer echten Heilbehandlung Rückmeldungen über mein Befinden geben. Bei den 5 bis 10 Minuten pro Abrechnungsquartal, die die meisten Psychiater pro Patient übrig haben, sind Rückmeldungen über das Befinden, die in eine vernünftige Therapie münden, unmöglich.

Alkoholtrinker, Tabakraucher und die Konsumenten illegaler Drogen bestimmen auch selber, wie viel sie von ihrer jeweiligen Droge zu sich nehmen. Oft ist ein genaues Wissen darüber vorhanden, wie die Droge wirkt, wie viel ich zu welcher Gelegenheit günstiger Weise nehme und welche unerwünschten Wirkungen der Konsum mit sich bringt. Dies ist auch für die Konsumenten von Neuroleptika, Antidepressiva, usw. zu wünschen.

Informationen bekomme ich durch Selbstbeobachtung, aus dem Buch "Chemie für die Seele", im Antidepressiva Forum Deutschland (www.adfd.org) sowie durch Gespräche mit Menschen, die bereits psychopharmakafrei sind.

Der Doppelfehler

Statt dessen ist häufig absolute Gläubigkeit gegenüber dem Psychiater angesagt. Insbesondere nach einem Psychiatrieaufenthalt werden oft jahrelang riesige Dosierungen genommen, denn "die Psychose", "der Rückfall" oder auch die Behandlung in der Geschlossenen war so schrecklich. Dass auch das ständige gedämpft Sein seine Nachteile (z.B. 12 Stunden täglicher Schlaf, Antriebslosigkeit, schwere Depressionen) mit sich bringt, rückt erst im Laufe der Jahre langsam wieder in den Blick. Die Erinnerung an den letzten Ausraster mit anschließendem Aufenthalt auf Schloss Riegelfest ist verblasst. Irgendwann, wenn der Frust über diese Art des Lebens zu groß wird, werden "die Medikamente" schlagartig auf Null

reduziert. Wenn dann die nächste Krise kommt, ist man konsequent. Nicht eine einzige Tablette wird genommen. Damit hat man nichts mehr zu tun.

Dieser Doppelfehler kann mehrere Male wiederholt werden.

Statt diesem Kippen von einem Extrem (der Arzt hat zu 100% Recht) ins Andere (auch nur eine Tablette eines Psychopharmakons ist Teufelswerk) empfehle ich den Mittelweg.

Der Mittelweg

So lange man noch Psychopharmaka nimmt, gibt es zwei Ziele:

- 1) Psychiatrie-Aufenthalte vermeiden!
- 2) Ziel 1 unter Einnahme von möglichst wenig Psychopharmaka erreichen

Wird Ziel 1 verfehlt, nimmt man mehr Psychopharmaka ein als vorher!

Deswegen gehört zum Absetzen oder Reduzieren auch eine Strategie für den Umgang mit Krisen. Diese sind während des Reduzierens wahrscheinlicher als sonst. Eine vorübergehende (d.h. 1 Tag bis 14 Tage) Erhöhung der Psychopharmakadosis ist besser als ein weiterer Psychiatrieaufenthalt. Die Schwierigkeit hierbei ist zu unterscheiden zwischen

- a) normalen Schwankungen der Befindlichkeit, die jeder Mensch hat
- b) kleinen Krisen, die ich auch ohne Psychopharmaka (Krankschreibung, weniger Koffein, Termine absagen, Gespräch mit Freund/in) in den Griff kriege
- c) großen Krisen, die "aus dem Ruder laufen"

Sich abschießen

Bei großen Krisen, die aus dem Ruder laufen, empfehle ich, sich mittels dämpfender Psychopharmaka ab zu schießen. Hier ist nicht kleckern sondern klotzen angesagt. Das Feuer soll ausgetreten werden, bevor der "Arsch in Flammen steht". Sich abschießen heißt, so viel einnehmen, dass man mindestens 8 Stunden am Stück schläft. Danach schaut man, wie viel von der Krise noch übrig ist. Oft reicht eine einmalige Dröhnung um wieder in den gewohnten Rhythmus zu kommen.

Es ist sehr riskant sich in der großen Krise nur sparsam zu dämpfen. Vier statt zwei Stunden Schlaf ist eine Verbesserung, doch die Krise ist dann in aller Regel noch nicht vorbei. Sparsamer Konsum von Psychopharmaka ist fast immer richtig, nur nicht in einer Krise, die man ohne Psychopharmaka nicht im

Griff hat. Schlimmstenfalls schläft man bei zu hoher Dosierung lang und hat hinterher einen dicken Kopf.

Diese Methode setzt einen Vorrat an Krisenmedikamenten voraus.

Wenn die Krise vorbei ist

Schnell wieder runter mit den Psychopharmaka auf das Niveau vor der Krise! Wir wollten die Krise beenden. Wir wollen uns nicht von einer höheren Dosis Psychopharmaka abhängig machen.

Ein Vergleich mit Diabetes

Als ich noch selber zum niedergelassenen Psychiater ging, sagte dieser des Öfteren: Der psychisch Kranke soll genau wie der Diabetiker lernen, seine Medikamente selbständig zu dosieren.

Ein kurzer Blick in die Geschichte

Wir erinnern daran, dass Ärzteschaft und Pharmaindustrie ab etwa 1830 Morphinum als "nicht-abhängig-machenden Ersatz" für Opium propagierten. Ab etwa 1860 wurde Heroin als "nicht-abhängig-machender Ersatz" für Opium und Morphinum propagiert. Bis 1917 wurde Heroin im deutschen Reich über Apotheken vertrieben. In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts propagierten Ärzteschaft und Pharmaindustrie die Tranquilizer (Valium, Tavor, Adumbran usw.) als "nicht-abhängig-machender Ersatz" für die Barbiturate an. Erst als die Illustrierten ab Anfang der 80er Jahre ausführlich über süchtig gewordene Patient/inn/en berichteten, wurde in der Medizin eine Diskussion über dieses Problem geführt.

Heutzutage sind "atypische" Neuroleptika und die sogenannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer bei den Antidepressiva der Verkaufsschlager. Laut Aussage der Medizin machen sie im Gegensatz zu den Tranquilizern nicht abhängig.

Die Hetzjagd auf Opiat- und Haschisch-Konsument/inn/en begann in den 30er-Jahren nach der gescheiterten amerikanischen Prohibition. Der amerikanische Präsident F.D. Roosevelt hatte zwar das Alkoholverbot aufgehoben, doch die Rauschgiftdezernate wurden nicht aufgelöst und suchten sich neue Aufgaben.

Warum seelische Probleme keine Krankheit sind

1) Beschreibung, was Krankheit ist:

Um sinnvoll im medizinischen Sinn von einer Krankheit zu sprechen, müssen die BEIDEN folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- a) es muss eine objektivierbare Veränderung des Körpergewebes oder von Körperflüssigkeit vorhanden sein, wie sie z.B. bei der forensischen Untersuchung einer Todesursache festgestellt werden.
- b) die Person, die eine Krankheit hat, muss darunter subjektiv leiden, bzw. glauben, dass sie leiden wird, d.h. sie muss den augenblicklichen Zustand zumindest für unangenehm halten und ihn abändern wollen. Das ist außerdem die Voraussetzung dafür, dass so etwas wie "Therapie" stattfinden kann.

2) Es gibt keine Krankheit, wenn nicht beide Kriterien a) und b) erfüllt sind, denn:

- wenn keins der beiden Kriterien erfüllt ist, kann es sich nur um eine Verwendung des Wortes "Krankheit" als Metapher handeln: z.B. ein "kranker" Witz, oder die Wirtschaft hat eine "Krankheit".
- wenn a) gilt, aber nicht b), dann haben die Ärzte eben eine Diagnose und ein Betätigungsfeld verloren: z.B. wurden klein gewachsene Menschen unter einer bestimmten Größe einfach als "krank" an der "Kleinwüchsigkeit" bezeichnet. Das ist alles vorbei in dem Moment, wo viele kleine Menschen sagen, dass die Zwerge ein wesentlicher Bestandteil der Menschheit sind, nix von wegen Leiden. Ein anderes Beispiel sind Gehörlose: in dem Moment, wo sie sich als Anderssprachige organisieren, ist es mit dem "Leiden" vorbei und damit mit der Möglichkeit, Taubheit eine "Krankheit" zu nennen.
- wenn b) gilt aber nicht a), dann wäre es allein der subjektiven Empfindung anheim gestellt, ob jemand eine Krankheit hat oder nicht. Die entsprechenden weit reichenden Konsequenzen ist sicherlich bisher keine Gesellschaft gewillt zu ziehen, denn es hieße, dass einerseits jede/r sich selbst die Krankschreibung unterschreiben könnte und andererseits die wesentliche Funktion der Ärzte zusammenbräche, dass- im Gegensatz

zur bisherigen (Schul)Medizin - nicht mehr Untersuchungen und eine Diagnose wesentlich wären, sondern jede Befindlichkeits-Quacksalberei den Vorrang hätte.

3) Die angeblich existierende "psychische Krankheit" kann weder die Bedingung a) noch b) erfüllen - obwohl schon das Fehlen der Erfüllung einer der beiden Bedingungen diese angeblichen "Diagnosen" bei einer Kandidatur für "Krankheit" durchfallen lassen würde (siehe 1.2) denn:

- es gibt keine objektivierbaren Gewebe Veränderungen. Wie jede/r weiß, wird weder ein Bluttest, noch ein Hirnscan, noch eine mikroskopische, Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung (oder womöglich ein "Gentest") gemacht, um irgendeine der psychiatrischen Verleumdungs-Diagnosen zu stellen.
- es kann kein "Leiden" vorliegen, das ja mit einen Wunsch nach Veränderung einhergeht, wenn in psychiatrischen Gefängnissen regelmäßig Menschen eingesperrt werden. Diese sind logischerweise deswegen eingesperrt, weil sie nicht freiwillig dort sind und sonst weggehen würden und sich damit den psychiatrischen Foltermethoden wie Fesseln ans Bett, zwangsweise Penetration mit der Spritze, Elektroschocken usw. und dem ständigen Anblick dieser faschistoiden Methoden entziehen würden. Vielmehr werden die eingesperrten Menschen durch die Psychiatrie zu Leidenden gemacht, indem sie erniedrigt und entwürdigt werden, ihr Wille gebrochen werden soll, sie mit Foltermethoden unter Geständniszwang gesetzt werden, endlich "krankheits"-einsichtig zu werden, um damit im nachhinein das ganze Martyrium als "medizinische" Behandlung bezeichnen zu können.
- 4) Fazit: Es handelt sich bei den Worten "psychische Krankheit" um die Verwendung einer Metapher, also nur um Worte, keinen Sachverhalt oder eine Tatsache.**

Warum der Psychiater nicht zum Reden da ist

„Psychiater reden nicht, Psychiater handeln.“

„Womit handeln sie, die Psychiater“?

„Na mit unseren Seelen natürlich. Sie geben uns Betäubungsmittel, damit wir nichts merken und dann, am Ausgang, greifen sie unsere Seelen ab.“

„Was machen sie dann damit, mit unseren Seelen“?

„Die verkaufen sie an die Pharmaindustrie, die sie für Werbezwecke nutzt.“

Nach diesem Gespräch ging Nikolas trotzdem zum Arzt, zu einem Psychiater. Er hatte nämlich, was er bisher noch nicht erwähnte, seit geraumer Zeit schon, Schmerzen an der Seele. Er betrat die Arztpraxis, stürzte dem Weißbekittelten entgegen, hielt die Hände auf und rief: „Was gibst Du mir für meine Seele?“ Der Arzt lies alsdann drei kräftige Helfer kommen, die ihn gar zappelnd hernieder drückten und ihm ein Lied vorbrummelten um die Wartezeit zu verkürzen.

Noch bevor er in den Krankenwagen geraten war, noch bevor er den Ausgang des Arztes passiert hatte, hatten sie ihm schon das Mittel verabreicht. Seine Seele war zurückgeblieben, der Schmerz war noch da.

Immer wieder beklagen Psychiatrie-Erfahrene die „gesprächslose Psychiatrie“ oder die Tatsache, dass ihr Psychiater nicht mit ihnen redet.

Was aber haben wir zu erwarten?

Die Psychiatrie ist eine medizinisch-biologistisch begründete Institution

Die Grundzüge der modernen **Psychiatrie** lassen sich auf wenige Konzepte zurückführen. [Wilhelm Griesinger](#) hatte Mitte des 19. Jahrhunderts mit der These, seelische Erkrankungen seien Erkrankungen des Gehirns, die wichtigste Grundlage der modernen Psychiatrie formuliert.

Die Einführung der [Neuroleptika](#) in den 50er Jahren hat die biologische These noch verstärkt. Dass Neuroleptika den Transmitterstoffwechsel lähmen, wurde seinerzeit in Tierversuchen festgestellt, indem man die Tiere nach der Neuroleptikagabe umbrachte und ihre Hirne seziierte. Da auch Menschen nach der Neuroleptikagabe merklich ruhiger und handhabbarer werden, wagte man den Rückschluss, dass die verhaltensauffälligen Mitgenossen, zuvor einem Transmitterüberschuss unterlagen. Natürlich war es schwierig am lebenden Menschen den Nachweis zu erbringen.

Und dennoch, die These reicht um uns bis heute zu verwirren: Mit der Behauptung der sogenannte „Psychisch Kranke“ leide an einer Transmitterstoffwechselstörung, gibt es keine andere Möglichkeit der Behandlung als eben diese Pillen. Dass es in der Psychiatrie keinen einzigen Test für diese Krankheit gibt, birrt die Arzt-Gläubigen nicht.

Und selbst wenn es stimmt, dass seelische Verwirrung etwas zu tun hat mit Transmittern, muss noch die Frage nach der Henne und dem Ei geklärt werden. Schließlich behaupten ja die Biologen, wir hätten erst Angst und würden dann etwas ausschütten, was uns hilft aktiv genug für die Flucht zu werden. Nur aufgrund dieser Neuroleptikageschichte behaupten Psychiater das Gegenteil. Also erst die Transmitter, dann die Angst. Dementsprechend lohnt sich auch das Gespräch mit dem Patienten höchstens als Beweis der Mitmenschlichkeit.

Psychiater sind Körpermediziner

Psychiater ist der Titel eines [Arztes](#) mit psychiatrischer Facharztausbildung. Als solcher beschäftigt er sich mit der [Diagnose](#), [Behandlung](#) und [Erforschung](#) von [Erkrankungen](#). Der Psychiater ist also erst einmal Mediziner, wie jeder andere Arzt. Er befasst sich im Studium mit dem **Körper** des Menschen.

Auch erwartet das System, in welches der Psychiater eingebunden ist nichts anderes als medizinische Leistungen von ihm. Für Gespräche o.A. wird er nicht bezahlt.

Geist und Seele sind dem Psychiater nicht zugänglich

Wie können wir uns das vorstellen, mit dem **Geist**, der **Seele** und der **Psyche**? Macht es einen Unterschied, ob wir die Seele mit dem Geiste oder die Psyche mit der Seele betrachten?

Vielleicht lässt sich die Psyche grob unterteilen in Geist und Seele, dem rationalen und dem emotionalen Teil des Menschen. Rational und emotional sind dann wohl auch unsere Krisen:

Veränderte Bedeutungsgebungen, veränderte Erlebensweisen, verändertes Verhalten.

Wir gehen sogar noch weiter und sagen, unsere Krisen haben einen Grund und einen Sinn.

Warum also gehen wir damit zu einem Arzt? Wenn wir ein psychisches Problem haben, brauchen wir nicht zu erwarten, dass uns ein Körpermediziner hilft, oder?

„Und warum reden Psychiater nicht?“

„Naja,

SIE KÖNNEN ES NICHT

SIE HABEN ES NICHT GELERNT

SIE WOLLEN ES NICHT

SIE GLAUBEN NICHT DARAN

UND SIE KRIEGEN ES NICHT BEZAHLT“

Literatur zum Thema Psychopharmaka

Um sich zum Thema Psychopharmaka kundig zu machen, empfehle ich wärmstens:

Josef Zehentbauer - Chemie für die Seele, 10. Aufl. 2006, 19,90 Euro.

Das Buch ist für Laien gut verständlich, es ist sehr übersichtlich. Die Psychopharmaka werden nach Klassen (Neuroleptika, Antidepressiva usw.) abgehandelt. Tabellen innerhalb einer Klasse erleichtern die Einordnung und Vergleichbarkeit eines Psychopharmakons mit anderen Psychopharmaka. Ein Medikamenten- und Wirkstoffregister erleichtert das Auffinden einer bestimmten Substanz.

Das Buch ist kritisch aber nicht radikal. Der Autor ist Arzt und Psychotherapeut mit eigener Praxis in München. Das Buch steht in fast jeder Stadtbücherei.

Die psychiatrische Sicht ist am knappsten und klarsten in **Asmus Finzens - Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen** dargestellt. Dieses Buch kostet 14,90 Euro. Auch hier bietet die Stadtbücherei eine gute Chance.

Die möglichen Schäden des Psychopharmakakonsums beschreibt **Peter Lehmann** sehr ausführlich in den 2 Bänden von **Schöne Neue Psychiatrie**. Das Buch ist eher ein Lexikon und kostet 34,80 Euro.

Zum Absetzen siehe unsere hier veröffentlichten Anleitungen und **Peter Lehmann (Hg.) - Psychopharmaka absetzen**, 3. Aufl. 2008 für 19,90 Euro.

Die Einflußnahme der Pharmakonzerne auf die Verschreibungspraxis der Ärzt/inn/e/n ist in **Kurt Langbein u.a. - Gesunde Geschäfte, Die Praktiken der Pharmaindustrie**, Köln 1981 beschrieben. Leider ist das Buch vergriffen. Etwas schwächer, aber im Buchhandel erhältlich ist **Jörg Blech – Die Krankheitserfinder** für 8,90 €. Die Bibel zum Thema Einflussnahme der Pharmakonzerne ist **Marcia Angell – Der Pharmabluff, Wie innovativ die Pharmaindustrie wirklich ist** für 24,80 €. Die Ärztin und renommierte Medizinjournalistin entzaubert am Beispiel USA den Mythos einer Branche. Sie räumt mit dem Märchen auf, dass die hohen Arzneimittelpreise durch die Forschungs- und Entwicklungskosten begründet sind.

Am lohnendsten von all diesen Werken ist aber "Chemie für die Seele". Man kann sich hier auch auf

die Lektüre einzelner Kapitel beschränken. Diese sind in sich abgeschlossen.



STAND : 2014

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum.
Erstkontakt und Beratung: 0234 / 68 70 5552. Psychopharmaka-Beratung
0234 / 640 5102

www.bpe-online.de, kontakt-info@bpe-online.de.

Dieses Papier steht unter www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de, dort Lesenswertes, im Internet.

Bankverbindung: BPE e.V., Bank für Sozialwirtschaft Köln, BIC:
BFSWDE33XXX, IBAN: DE74370205000007079800