

Peter Lehmann

# Schöne neue Psychiatrie

Band 1

Wie Chemie und Strom auf  
Geist und Psyche wirken



**Peter Lehmann**

# **Schöne neue Psychiatrie Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken**

**Mit dem Artikel »Elektroschock« von Leonard  
Roy Frank**

Aktualisierte Neuausgabe

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag

»Schöne neue Psychiatrie« erschien original 1996 in zwei Bänden.

- Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken« (ISBN 978-3-925931-09-3)
- Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern« (ISBN 978-3-925931-10-9).

Als gedruckte Buchausgaben sind beide Bände vergriffen. Band 2 - [www.antipsychiatrieverlag.de/snp2](http://www.antipsychiatrieverlag.de/snp2) ist ebenso als ePUB E-Book (ISBN 978-3-925931-75-8), MobiPocket E-Book (ISBN 978-3-925931-76-5) und PDF E-Book (ISBN 978-3-925931-77-2) erhältlich.

Der Artikel »Elektroschock« von Leonard Roy Frank erschien original unter dem Titel: »Electroshock: Death, brain damage, memory loss, and brainwashing« im *Journal of Mind and Behavior*, Band 11 (1990), S. 489-502. Leonard Frank aktualisierte ihn für die deutsche Übersetzung, die Rainer Kolenda vornahm.

Die Fußnoten und die innerhalb von Zitaten kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern stammen von Peter Lehmann.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Gebrauchs- und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Dies gilt insbesondere für Übersetzungen, Bearbeitungen, Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die

Verarbeitung und Einspeicherung in elektronischen Systemen.

© 2022 Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten.

Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag  
2022

[www.antipsychiatrieverlag.de](http://www.antipsychiatrieverlag.de) · [www.peter-lehmann-publishing.com](http://www.peter-lehmann-publishing.com)

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-98756-151-1

# Table of Contents

[Innentitel & Impressum](#)

[Rechtlicher Hinweis](#)

[Vorwort zur eBook-Neuausgabe](#)

[Vorwort zur Originalausgabe von 1996](#)

[Einleitung](#)

[Schöne neue Psychiatrie?](#)

[Pro & contra Psychopharmaka / Elektroschocks](#)

[Lesehinweise](#)

## **Überblick**

[Die psychiatrischen Psychopharmaka](#)

[Elektroschock](#)

[Aufbau des Zentralnervensystems](#)

## **Neuroleptika**

[Indikationen](#)

[Unerwünschte psychische Wirkungen](#)

[Emotionale Verarmung](#)

[Ruhigstellung](#)

[Wie Neuroleptika emotional panzern](#)

[Energie- und Willenlosigkeit](#)

[Persönlichkeitsveränderung](#)

[Arbeitsschwierigkeiten](#)

[Psychische Erstarrung](#)

[Hirnlokales Psychosyndrom](#)

[Bleibende und tödlich endende Apathie](#)

[Depression und Suizidalität](#)

[Depressiv machende Eigenwirkung](#)

[Depressionen mit Bewegungsunfähigkeit](#)

[Zukunftsängste](#)

[Veränderte Stimmung nach dem Absetzen](#)

Versuchte und vollendete Selbsttötung  
Suizidalität und Sitzunruhe  
Risikofaktor Depot-Neuroleptika  
Weitere neuroleptikabedingte Risikofaktoren  
Weitere psychiatrische Risikofaktoren  
Lässt sich diese Suizidalität verhindern?  
Verwirrtheit und Delir  
Emotionale Labilität  
Angstzustände und Aggressionen  
Hirnorganisch bedingte Psychosen  
Supersensitivitäts- und tardive Psychosen  
Delire  
Vorboten und Verlauf von Deliren  
Bleibende und tödliche Folgen von Deliren  
Häufigkeitsangaben  
Apathie, Depressionen und Suizide  
Verwirrheitszustände und Delire  
Über die psychischen >Nebenwirkungen<  
Schadensursache Überdosierung?  
Dramatische Zunahme der Selbsttötungen  
Nur Nebenwirkungen?  
Selbstversuche von Psychiatern  
Gerhard Orzechowski  
Klaus und Cécile Ernst  
Hans Heimann und Peter Nikolaus Witt  
Ernst Grünthal  
Rudolf Degkwitz  
Weitere Selbstversuche  
Tierversuche  
Bewegungsunfähigkeit  
Ruhigstellung, Reflexdämpfung, vegetative Wirkungen  
Wesensveränderungen  
Neuroleptika in der Tiermedizin  
Geistig-zentralnervöse Störungen  
Wirkungsweise im Zentralnervensystem  
Auswirkungen im Zentralnervensystem

Wirkung bei Tieren  
Wirkung bei Menschen  
Wachstörungen  
Störungen der Sinnesorgane  
Schlaf- und Traumstörungen  
Bleibende Schäden  
Tödliche Behandlungsverläufe  
Häufigkeitsangaben  
Über die geistig-zentralnervösen >Nebenwirkungen<  
Schadensursache Überdosierung?  
Nur Nebenwirkungen?  
Sauerstoffmangelversuche  
Erwünschte geistig-zentralnervöse Wirkungen  
Schlussbetrachtung  
Wirken Neuroleptika antipsychotisch?  
Neuroleptika plus Elektroschocks

## **Antidepressiva**

Indikationen  
Unerwünschte psychische Wirkungen  
Gefahr der Selbsttötung  
Suizide und Suizidversuche in der AMÜP-Studie  
Toxische Psychosen und Delire  
Geistig-zentralnervöse Störungen  
Häufigkeitsangaben  
Über die >Nebenwirkungen<  
Selbstversuche  
Schlussbetrachtung

## **Lithium**

Indikationen  
Unerwünschte psychische Wirkungen  
Geistig-zentralnervöse Störungen  
Syndrom der Lithiumvergiftung  
Riskante Kombinationen  
Häufigkeitsangaben

Über die ›Nebenwirkungen‹  
Schlussbetrachtung

## **Carbamazepin**

Indikationen

Unerwünschte psychische Wirkungen

Geistig-zentralnervöse Störungen

Über die ›Nebenwirkungen‹

Schlussbetrachtung

## **Psychostimulanzien**

Indikationen

Unerwünschte psychische Wirkungen

Paradoxe Wirkungen, Aggressivität, Psychosen

Geistig-zentralnervöse Störungen

Über die ›Nebenwirkungen‹

Schlussbetrachtung

## **Tranquilizer**

Indikationen

Unerwünschte psychische Wirkungen

Ruhigstellung, Persönlichkeitsveränderung

Depression, Verzweiflung, Selbsttötung

Verwirrtheit und Delir

Feindseligkeit, Aggressivität

Hirnorganisch bedingte Psychosen, Angst, Panik

Geistig-zentralnervöse Störungen

Bewusstseins- und Gedächtnisstörungen

Am Beispiel Triazolam (Halcion)

Bleibende Schäden

Häufigkeitsangaben

Über die ›Nebenwirkungen‹

Tierversuche

Selbstversuche

Schlussbetrachtung

## **Elektroschock (Leonard R. Frank)**

Der Insulinkoma->Patient<

Der erste Elektroschock

Zahlen und Fakten

Anwendungsmethoden

Behauptungen zur Wirksamkeit

Hirnschäden

Gedächtnisverlust

Modifikationen des Elektroschocks

Elektroschock und Gehirnwäsche

Schlussbetrachtung

## **Schlusswort**

Vorenthaltene Aufklärung oder Selbstinformation

Informierte Einwilligung?

Wie, wann und worüber muss aufgeklärt werden?

## **Anhang**

Fachbegriffe, Fremdwörter, Abkürzungen

Quellen

Über die Autoren

Weitere Titel bei Peter Lehmann Publishing und im

Antipsychiatrieverlag

## **Rechtlicher Hinweis**

Unser Wissen ist ständigen Entwicklungen unterworfen. Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, auch was die medizinische Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen und die Beendigung der Behandlung anbelangt. Soweit unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka und Elektroschocks in diesem Buch erwähnt werden, dürfen die Leserinnen und Leser darauf vertrauen, dass der Autor große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angaben dem Wissensstand 1996 bei Fertigstellung der Publikation entsprechen. Da individuelle Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, Alter, soziale Lebensverhältnisse etc.) die Verträglichkeit psychopharmakologischer und elektrotechnischer Anwendungen beeinflussen, dürfen die Aussagen jedoch nicht als problemlos übertragbar auf alle Menschen aufgefasst werden.

Die Leserinnen und Leser sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten bzw. einer Spezialistin festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach der Lektüre dieser Publikation Psychopharmaka einzunehmen, ihre Dosis, Einnahmeform oder Kombination beizubehalten, zu verändern oder auf eine spezielle Weise abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt. Dies betrifft ebenso den Entschluss, sich Elektroschocks verabreichen zu lassen oder lieber nicht.

Eine sorgfältige Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten und Apparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Aufgrund dieser Umstände übernimmt der Autor und Verleger keine

Verantwortung für die Folgen unerwünschter Wirkungen beim Einnehmen, Verweigern, Reduzieren oder Absetzen von Psychopharmaka bzw. einem Ja oder Nein zu Elektroschocks.

*Peter Lehmann*

## **Vorwort zur eBook-Neuausgabe 2018**

Seit der Originalausgabe des Buches 1996 hat sich einiges geändert. Manche Psychopharmaka sind vom Markt genommen worden, neue kamen hinzu. Der Elektroschock wird zunehmend verabreicht. Nicht geändert hat sich der Anstieg der Verordnungszahlen von Antidepressiva und Neuroleptika, insbesondere der neuen, patentgeschützten, gewinnbringenden und deshalb massiv beworbenen Substanzen. Einige dieser Antidepressiva und Neuroleptika wurden schon 1996 oder zuvor eingeführt, sind also in diesem Buch enthalten. Bei den Neuroleptika sind dies Amisulprid, Clozapin, Risperidon und Sulpirid, bei den Antidepressiva Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Mirtazapin, Paroxetin, Sertralin und Venlafaxin.

Nach 1996 auf den Markt gekommene bzw. als neu geltende Substanzen finden Sie in dem Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika - Risiken, Placebo-Wirkungen, Niedrigdosierung und Alternativen« von Peter Lehmann, Volkmar Aderhold, Marc Rufer und Josef Zehentbauer (siehe Anzeige am Ende dieses E-Books und [www.peter-lehmann-publishing.com/neue-ebook](http://www.peter-lehmann-publishing.com/neue-ebook)). Es enthält zudem einen ausführlichen Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks mit Informationen zu seinen modernen Varianten, den ausgeweiteten Indikationen, den von den Anwendern intern eingestandenen Schäden, den besonderen Risiken bei seiner Anwendung in der Schwangerschaft und den Appell der Anwender (die als Sprachrohr der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde - DGPPN) fungieren, Patientenverfügungen gegebenenfalls

zu übergehen und mit rasch und massiv verabreichten Elektroschocks vollendete Tatsachen zu schaffen.

Geändert hat sich auch die Rechtslage zumindest in Deutschland. Gemäß BGB § 1901a (Patientenverfügungsgesetz) können auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen einigermaßen rechtswirksam verfügen, wie sie zukünftig behandelt oder nicht behandelt werden wollen. Es ist ratsamer denn je, eine Psychosoziale Patientenverfügung zu verfassen (Lehmann, 2015).

Mittlerweile sind die Ausführungen in »Schöne neue Psychiatrie« zur verminderten Lebenserwartung psychiatrischer Patientinnen und Patienten vielfältig bestätigt worden. Fachintern diskutieren Psychiater, die ihre Augen nicht komplett vor der Wirklichkeit verschließen, in Deutschland (siehe Hoffmann, 2007; Aderhold, 2007) und international über die Ursachen der ca. zwei bis drei Jahrzehnte verminderten Lebenserwartung. 2006 wies beispielsweise Joe Parks, Vorsitzender des Beirats der Ärztlichen Leiter der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors, auf die große Zahl früh sterbender Patientinnen und Patienten »mit schwerer psychischer Erkrankung«, das heißt Menschen mit den Diagnosen »Schizophrenie«, »bipolare Störung«, »schwere Depression« oder »Persönlichkeitsstörung«. Der Psychiater warnte:

»Es ist seit Jahren bekannt, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung. Allerdings zeigen jüngste Ergebnisse, dass sich die Rate für Anfälligkeiten (Krankheit) und Sterblichkeit (Tod) in diesem Personenkreis beschleunigt hat. Tatsächlich sterben Menschen mit schwerer psychischer

Erkrankung nunmehr 25 Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.« (Parks, 2006)

Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen wies Parks auf den Zusammenhang des frühen Todes mit den Neuroleptika der neuen Generation hin:

»Allerdings sind mit zunehmender Zeit und Erfahrung die antipsychotischen Medikamente der zweiten Generation stärker mit Gewichtszunahme, Diabetes, Dyslipidemie (*Fettstoffwechselstörung*), Insulinresistenz und dem metabolischen Syndrom (*Komplex aus Übergewicht, Störungen des Fettstoffwechsels, Bluthochdruck und Insulinresistenz*) in Verbindung gebracht worden, die Überlegenheit des klinischen Ansprechverhaltens (außer für Clozapin) wurde bezweifelt. Andere psychotrope Medikationen, die ebenfalls mit Gewichtszunahme verbunden sind, können ebenso Anlass zur Sorge geben.« (Parks et al., 2006, S. 6)

Die seit Jahren steigenden Verordnungszahlen zeugen nicht gerade von großer Sorge unter Psychiatern.

### *Quellen*

[Aderhold, Volkmar \(2007\): »Mortalität durch Neuroleptika«](#), in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 3, S. 11-15

[Hoffmann, Michaela \(für die Redaktion\) \(2007\): »Liebe Leserinnen und Leser«](#), in: Soziale Psychiatrie, 31. Jg., Nr. 4, S. 2

[Lehmann, Peter \(18.12.2015\): »PsychPaV - Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«](#)

Parks, Joe (Oktober 2006): Foreword, in: Joe Parks, Dale Svendsen, Patricia Singer & Mary Ellen Foti (Hg.): »Morbidity and mortality in people with serious mental illness«, Online-Publikation, Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors, Medical Directors Council, S. 4

Parks, Joe / Svendsen, Dale / Singer, Patricia / Foti, Mary Ellen (Hg.) (Oktober 2006): »Morbidity and mortality in people with serious mental illness«, Online-Publikation, Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors, Medical Directors Council

August 2018

*Peter Lehmann*

## Vorwort zur Originalausgabe von 1996

Die Buchveröffentlichung »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen«, 1986 erstmals erschienen und seit 2010 in der sechsten Auflage vorrätig, löste eine Welle von Briefen Betroffener, Angehörigen und einiger weniger psychiatrisch Tätiger aus. Haupttenor der Schreiben war das Dilemma der Situation der Psychiatrisierten, ihre Ohnmacht, ihre Wissenslücken, ihr Misstrauen. Mediziner und Psychiater blieben insgesamt stumm, mit Ausnahme von Peter Breggin, Peter Stastny, Josef Zehentbauer und Marc Rufer, die andererseits ohnehin bereits seit Jahren recht einsame Warner vor den gängigen Psychiatricmethoden sind. Lediglich eine Rezension des Leiters der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Asmus Finzen, lässt ahnen, dass das Buch auch ins Bewusstsein der institutionellen Psychiatrie vorgedrungen ist; denn es schien ihm daran gelegen zu sein, sich »mit der Denkweise Lehmanns vertraut« zu machen, um den Beschwerden und Klagen seiner ›Patienten‹, die sich auf den »Chemischen Knebel« berufen, besser entgegen zu können und ihnen »ihre Angst zu nehmen«<sup>283</sup>.

Die Reaktionen auf mein Buch, die damit verbundenen Fragen von Seiten der Betroffenen sowie die notwendigen Aktualisierungen und Ergänzungen (Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin, Psychostimulanzien und Tranquilizer) brachten vier eigenständige neue Bücher. Da die körperlichen, geistigen und psychischen Auswirkungen der psychiatrischen Psychopharmaka von gravierender Bedeutung sind, habe ich ihre Darstellung völlig neu

konzipiert und auf zwei jeweils in sich abgeschlossene Bücher verteilt: »Schöne neue Psychiatrie, Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, und »Schöne neue Psychiatrie, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern«. Das Buch »Psychopharmaka absetzen - Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin, Psychostimulanzien und Tranquilizer« wird in absehbarer Zeit folgen. »Statt Psychiatrie« (unter anderem mit dem Kapitel »Ausstieg aus der Psychiatrie«), entwickelt aus dem Anhang zum »Chemischen Knebel«, eine Sammlung von Artikeln über alternative Möglichkeiten zur Bewältigung akuter psychischer Krisen und psychiatrischer Bedrohung, gab ich bereits 1993 gemeinsam mit Kerstin Kempker heraus.

# Einleitung

Wer Klarheit über die Risiken will, die mit der Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und von Elektroschocks verbunden sind, muss sich mit deren Wirkungsweise und Auswirkungen auseinandersetzen, erst recht, wenn ärztlicherseits das Interesse an einer umfassenden Aufklärung zu wünschen übrig lässt. Das Buch kann angesichts der Inhalte zugegebenermaßen keine leichte Lektüre sein. Umfassende und eindeutige Informationen, die in dieser Form den sogenannten Laien von den Ärzten und Psychiatern nach wie vor vorenthalten werden, sollen das psychiatrische Dilemma (»Schöne neue Psychiatrie«) beim Namen nennen und dazu beitragen, das kritische Potenzial der Betroffenen und ihnen nahestehender Personen weiterhin zu schüren. Sie können so – sofern sie überhaupt die Chance haben – selbst wählen und sich eigenständig für oder gegen Psychopharmaka und Elektroschocks entscheiden. Ist bereits ein Schaden eingetreten, soll der Nachweis erleichtert werden, daß der Schaden auf die Behandlung zurückzuführen ist.

## Schöne neue Psychiatrie?

»Brave new world«, 1932 original erschienen, hieß der bekannte Zukunftsroman des englischen Wissenschaftlers und Literaten Aldous Huxley (1894-1963), sein prophetischer Alptraum einer übertechnisierten und entindividualisierten Welt, in der die Versklavung der Massen mit einem durch die Droge »Soma« garantierten und genormten Glück Hand in Hand gehen. Der Titel »Brave new world« von Huxleys Satire ist einer Zeile aus

der Komödie »The tempest« (*»Der Sturm«*) von William Shakespeare entlehnt, in der es heißt: »O, wonder! / How many goodly creatures are there here! / How beauteous mankind is! O brave new world, / That has such people in't!«<sup>900:89</sup> (Ausspruch Mirandas, 5. Aufzug, 1. Szene; deutsche Übersetzung: »Oh Wunder! / Was gibt's für herrliche Geschöpfe hier! / Wie schön der Mensch ist! Wackre neue Welt, / Die solche Bürger trägt!«<sup>900:89</sup>) 1959 veröffentlichte Huxley »Brave new world revisited« (deutsche Übersetzung: »Wiedersehen mit der Schönen neuen Welt«, späterer Titel: »30 Jahre danach«). Huxley maß seine Visionen der 1930er Jahre an der Realität der späten 1950er und kam zu dem Schluss, dass ein Teil längst bittere Wirklichkeit geworden war. Hierzu zählte er die Manipulation des Menschen durch »Soma«.

Im Kapitel »Chemische Beeinflussung« kam er unter anderem auf den Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin, das chemisch eng verwandte Reserpin sowie den Tranquilizer Miltown (Wirkstoff Meproamat; 1996 im Handel als Cyrpon, Epikur, Meproamat, Meprotil, Microamat, Miltaun, Pertranquil und Visano; enthalten in Lenticor und Medium) zu sprechen, die damals neuesten Produkte der Psychopharmaka-Industrie:

»Am meisten in der Öffentlichkeit angepriesen werden unter diesen die drei neuen Beruhigungsmittel Reserpin, Chlorpromazin und Meproamat. Bei gewissen Klassen von Psychopathen angewendet, haben sich die beiden ersten als bemerkenswert wirksam erwiesen, nicht indem sie Geisteskrankheit heilen, sondern indem sie deren unangenehmere Symptome, zumindest zeitweilig, zum Schwinden bringen. (...) Keines dieser Mittel ist völlig harmlos; aber ihr Preis, in körperlicher Gesundheit und geistiger Leistungsfähigkeit ausgedrückt, ist außerordentlich

gering. In einer Welt, in welcher niemand etwas umsonst bekommt, bieten Beruhigungsmittel sehr viel für sehr wenig. Miltown und Chlorpromazin sind noch nicht Soma; aber sie kommen gewissen Eigenschaften dieses mythischen Präparats ziemlich nahe. Sie gewähren zeitweilige Befreiung von nervöser Spannung, ohne in der großen Zahl der Fälle dauernden organischen Schaden zuzufügen und ohne mehr als eine ziemlich leichte Beeinträchtigung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten während ihrer Wirkung zu verursachen.« <sup>475:319f.</sup>

Wäre es Huxley vergönnt gewesen, noch »60 Jahre danach« zu schreiben, hätte er vermutlich den Boom an Tranquilizern für den Aufbruch in ein realisiertes modernes Somazeitalter gehalten. Dabei sind diese Substanzen nicht frei von unangenehmen ›Nebenwirkungen‹ und besitzen zudem ein abhängig machendes Potenzial. Studien über unerwünschte Wirkungen lagen zu seiner Zeit kaum vor, anders bei Neuroleptika. Interessant ist hier, dass Huxley offensichtlich ein Opfer von Manipulation und Schönrednerei geworden ist. Anders ist seine blauäugige Einschätzung der Negativfolgen von Chlorpromazin, Reserpin und Meprobramat als »außerordentlich gering« nicht zu erklären. Denn die Berichte über die Anwendungen aus den frühen 1950er Jahren, die er sich hätte zugänglich machen können und in denen spontan auftretende Schäden im Mittelpunkt stehen, wiesen bereits mit aller Deutlichkeit auf mittel- und langfristige Schädigungen hin. Und so nimmt es nicht wunder, dass schon 1962 Walter Schulte von der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen die aufkommende »Schöne neue Psychiatrie« hinter den Klinikmauern wie folgt beschreiben konnte:

»Geht man heute durch die Abteilungen einer Anstalt, so ist eigentlich nicht mehr die Unruhe das Problem, sondern diese geradezu beunruhigende Ruhe der Erstarrung, Lähmung und Abstumpfung.«

883;zit.996:63

## **Pro & contra Psychopharmaka / Elektroschocks**

Ideologisches Fehlgeleitetsein, psychotische Wirklichkeitsverkennung oder Ignoranz infolge destruktiver Triebstruktur, das sind Etikettierungen, die viele Psychiater, die pharmazeutische Industrie und die von ihr mit teuren Anzeigen gesponserten Fachzeitschriften für die Warner vor unkalkulierbaren Risiken psychiatrischer Anwendungen parat haben, die sie für segensreich, einzigartig effektiv zu preisen keine Mühen und Kosten scheuen. Otfried Linde, Psychiater aus Rheinland-Pfalz, meinte in einer Werbeanzeige des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie e.V.: »Pharma-Fortschritt? Er hat vielen psychisch Kranken die Menschenwürde zurückgegeben.« <sup>zit.135</sup> Kurt Heinrich von der Psychiatrischen Klinik Düsseldorf geriet ins Schwärmen, als er sein Psychiatriebuch einleitete: »Richtig angewendet sind die modernen Psychopharmaka in der Lage, die Summe von Glück und Freiheit in der Welt zu vermehren.«

406:1

Auch der Elektroschock, die Auslösung eines epileptischen Anfalls mittels Stromschlägen durch das Gehirn, erscheint in mancher Schrift in rosigen Worten. In einem Buch heißt es unter dem Schlagwort »Heilkrampfbehandlung«:

»Diese ist bei sorgfältiger Indikationsstellung und unter den Bedingungen der heute geübten Technik (Narkose und Muskelrelaxation [*-entspannung*]) als

komplikationslose und weitgehend  
nebenwirkungsfreie Therapie anzusehen.«<sup>556:355</sup>

Dass Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium, sowie Elektroschocks für die Betroffenen mitnichten eitel Sonnenschein bedeuten, zeigt eine zunehmende Zahl kritischer Veröffentlichungen<sup>116;117;552;999</sup>. Sogenannte Nebenwirkungen von Psychopharmaka treten bei bis zu 100 % der Behandelten auf, schrieben 1989 die Autoren des Buches »The limits of biological treatments for psychological distress« (»Die Grenzen der biologischen Behandlung psychischer Not«)<sup>219</sup>. In 5 % bis 10 % der Fälle führen die störenden Wirkungen zum Abbruch der Behandlung, in 7,5 % aber zur Klinikeinweisung<sup>438</sup> und bei älteren Menschen in 20 % zur Einweisung in psychogeriatrische Einrichtungen<sup>610</sup>.

Dass sich viele Betroffene vehement gegen Psychopharmaka wehren, ist in psychiatrischen Schriften wie auch in der bürgerlichen Presse nachzulesen. Michael Heim von der Psychiatrischen Klinik Arnsdorf (Dresden) sprach 1992 von einer 60 %-igen Verweigerung<sup>400</sup>. Wolfgang Böker und Kollegen der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern befragten die Behandelten beispielsweise zu ihrer Meinung über Neuroleptika und erkannten:

»Bezieht man in die gesamthafte Betrachtung die Werttönung der Äußerungen mit ein, dann überwiegen insgesamt die negativen Stellungnahmen der Patienten über positive Stellungnahmen.«<sup>102:97</sup>

Dass dieses Dilemma für Psychiater nachvollziehbar sein kann, zeigen die Beobachtungen von Pascale Wohlgemuth aus Zürich:

»Wiederholt war ich bei Patienten, die ich selbst aufgenommen und zum Teil in der ersten Phase der Hospitalisation betreut hatte, schockiert und entsetzt über den Zustand, in welchem ich diesen nach Monaten auf offenen Abteilungen begegnete. Zwar waren sie meist wieder in einen Arbeitsprozess integriert, aber sie erschienen mir wie angepasste, geordnet wandelnde, roboterhafte Karikaturen von Menschen (...). Wie gut konnte ich es nachempfinden, wenn die Patienten meinten, sie fühlten sich wie lebendige Tote, unwirklich. Auch für schlechte ›Compliance‹ (Kooperation bei der Einnahme von Medikamenten) hatte ich in Anbetracht der erheblichen Nebenwirkungen Verständnis.« <sup>1086:13</sup>

Noch drastischer fallen Bemerkungen von Psychiatrie-Betroffenen aus, wenn sie freimütig und rückhaltlos reden können. Dies zeigt eine kleine Auswahl von Aussagen im vorliegenden Buch. Diese Psychiatrie-Betroffenen äußerten sich ohne Angst, ihre kritischen Aussagen könnten sich in erhöhten Dosierungen niederschlagen.

Es gibt aber auch Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen Psychopharmaka einnehmen - zum Beispiel weil sie vor ihren Gefühlen und den Folgen ihrer Äußerungen mehr Angst haben als vor den Gefahren, die von den Mitteln ausgehen, mit denen sie ihre Gefühle unterdrücken oder kontrollieren wollen. Aus eigener mehrjähriger Erfahrung im Bereich der Psychopharmaka- und speziell Absetzberatung weiß ich allerdings, dass in aller Regel diese Menschen ursprünglich zur Psychopharmaka-Behandlung genötigt oder durch Falschinformation und mangelhafte Aufklärung verführt wurden. Das hat dazu geführt, dass viele, aus welchen Gründen auch immer, große Probleme haben, einen Ausweg aus der

psychopharmakologischen Drehtürpsychiatrie zu finden, sofern sie ihn überhaupt suchen.

Psychiater sprechen in der Öffentlichkeit im Wesentlichen von positiven Erfahrungen. Kritiker und Kritikerinnen lassen sie in aller Regel nicht zu Wort kommen, nicht in ihren Einrichtungen, nicht in ihren Zeitschriften, nicht auf ihren Veranstaltungen. Sie sprechen von Elektroschocks, die keine Schäden anrichten, von Neuroleptika und Antidepressiva, die nicht abhängig machen, von geringen Risiken, die zudem erst nach langer Zeit der Verabreichung, unter hohen Dosen und vorwiegend bei vorgeschädigten älteren Menschen in Einzelfällen auftreten. Eine Profession, die so wenig Kritik erträgt und – soviel soll vorweggenommen sein – Risiken und Schäden derart bagatellisiert, sollte sich nicht wundern, wenn davor gewarnt werden muss, ihr weiterhin Vertrauen entgegenzubringen. Diese Notwendigkeit wird besonders deutlich angesichts der Falschinformation bei Elektroschocks. Da sich Ärzte nicht viel anders verhalten als Psychiater, sollte auch ihnen mit Skepsis begegnet werden.

Letztlich ist es Sache der Leserinnen und Leser, sich ein eigenes Urteil zu bilden. Da es außerdem viele mit diesen psychiatrischen Methoden behandelte Menschen gibt, zum Beispiel im Bekanntenkreis oder in Selbsthilfegruppen, kann es auch ratsam sein, sie – die Betroffenen – nach ihren Erfahrungen zu befragen.

## **Lesehinweise**

Untereinander sind sich Ärzte und Psychiater einig, dass innerhalb der einzelnen Psychopharmaka-Klassen keine selektiven Wirkungsunterschiede bestehen, aus denen eine differenzielle Indikation abgeleitet werden könnte <sup>577:92</sup>. Es

sei ohne Bedeutung, ob die gleiche Wirkung beispielsweise von dem Neuroleptikum Trifluperazin (Jatroneural) oder von dem Neuroleptikum Thioridazin (Melleretten, Melleril, Sonapax) erreicht wird <sup>79:93</sup>. Alle Psychopharmaka einer Klasse wirken mehr oder weniger gleich und haben im Prinzip dieselben Risiken und ›Nebenwirkungen‹. Leserinnen und Leser, die sich ausschließlich für die ›Nebenwirkungen‹ bestimmter Psychopharmaka interessieren, finden ein paar - allerdings nicht ausreichend kritische und vor allem unvollständige - Stichworte in der jährlich neu erscheinenden »Roten Liste«, im »Austria-codex« und im »Arzneimittelkompendium der Schweiz«. Diese Produktverzeichnisse der Pharmaindustrie können im Internet (teilweise nur mit Zugangsberechtigung) oder in Apotheken und Bibliotheken eingesehen werden.

Beim Einsatz von Psychopharmaka geht es um eine *indirekte* Beeinflussung mentaler Prozesse <sup>35;788</sup>. Zu diesen Prozessen sind die gesamte Geistestätigkeit und das psychische System zu rechnen. Die primäre Wirkung besteht aus einer Beeinflussung organischer Stoffwechselprozesse. Deshalb wäre es gerechtfertigt, die psychischen und die geistigen Wirkungen als die eigentlichen Nebenwirkungen zu bezeichnen. Der Begriff »Nebenwirkung« enthält jedoch die Vorstellung einer Zweitrangigkeit und Nebensächlichkeit. Außerdem ist die Sinnes- und Lebensweise des Menschen weder bloßes Anhängsel von Stoffwechselprozessen noch überhaupt von diesen zu trennen. Deshalb sollte vermieden werden, von »Nebenwirkungen« zu sprechen. Otto Schrappe, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Marburg, zeigte in einem Artikel über unter anderem unangenehme Wirkungen von Tranquilizern, wie die korrekte Ausdrucksweise aussähe. Er setzte Nebenwirkungen in Anführungsstriche und erläuterte sie in Klammern mit dem

Begriff »Intoxikationserscheinungen« <sup>880:1080</sup>, zu deutsch:  
»Vergiftungserscheinungen«.

Bei Publikationen über die Wirkungen von Psychopharmaka wird meist der Wirkstoff genannt. Damit besser verstehbar wird, wovon die Artikel und Zitate handeln, gebe ich bei der jeweils ersten Erwähnung in Klammern die derzeit (1996) im deutschen Sprachraum handelsüblichen Produktnamen an. Das muss aber nicht heißen, dass die im Text erwähnten Substanzen unter einem dieser Handelsnamen eingesetzt wurden.

Als Kompromiss zwischen ästhetischen und praktischen Kriterien wählte ich das bereits angewandte Zitierverfahren. Dabei bezieht sich die erste Ziffer des Literaturhinweises - Beispiel: <sup>441:1571</sup> - auf die im Quellenverzeichnis aufgelistete soundsovielte (hier 441.) Quellenangabe; sofern vorhanden, weist die zweite Ziffer - im angeführten Beispiel 1571 - auf die betreffende Seitenzahl.

Die Übersetzung von Zitaten aus fremdsprachiger Literatur stammt von mir. Wo ich medizinisches Fachchinesisch zitiere, füge ich hinter den jeweiligen Fachbegriff in Klammern und Schrägschrift die Übersetzung in die Umgangssprache an.

# Überblick

Drei Fragen sollen einfürend beantwortet werden: Was sind eigentlich psychiatrische Psychopharmaka? Wie sieht der Aufbau des Zentralnervensystems (ZNS) aus, der Hauptangriffsort der modernen psychiatrischen Anwendungen? Weshalb soll man sich noch mit dem Elektroschock beschäftigen, ist er nicht überholt?

## Die psychiatrischen Psychopharmaka

»Alle Substanzen, die den Aktivitätszustand des ZNS und damit psychische Prozesse beeinflussen, sind als *Psychopharmaka im weiteren Sinne* zu bezeichnen.«

871:220

Diese Definition stammt aus dem Buch »Pharmakotherapie – Klinische Pharmakologie«. Mit Psychopharmaka im engeren Sinn meint man diejenigen psychotropen, das heißt die Psyche beeinflussenden Substanzen, die – mehr oder weniger – gezielt eingesetzt werden, um psychische Veränderungen herbeizuführen. Werden sie mit medizinisch-psychiatrischen Überlegungen eingesetzt, nennt man sie psychiatrische Psychopharmaka. Dabei kommt es nicht darauf an, welche medizinische Grundausbildung der Verordner erfahren hat, ob er als Arzt oder Psychiater tätig ist. Die Psychiatrisierung des Alltags hat längst die Praxen von Allgemeinmedizinern und normale Krankenhausstationen und Altenheime erreicht.

Überall werden psychiatrische Psychopharmaka als ›Medikamente‹ eingesetzt, auch ohne dass die Indikationen als ausgesprochen ›psychiatrische Krankheiten‹ kenntlich werden.

In der Medizin insgesamt, zu der sich auch die Psychiatrie rechnet, kommen aus der Vielzahl der psychotropen Substanzen - mit Ausnahme der Halluzinogene - Vertreter aller Gruppen zum Einsatz:

- Neuroleptika, zum Beispiel Chlorpromazin, Dapotum, Esucos, Haloperidol, Imap, Leponex, Nozinan, Risperdal, Truxal
- Antidepressiva, zum Beispiel Anafranil, Aurorix, Fluctin, Insidon, Tofranil, Floxyfral
- Lithium und Antidepressiva, zum Beispiel Anafranil, Aurorix, Fluctin, Insidon, Tofranil, Floxyfral
- Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisatoren): Lithium und Antiepileptika, zum Beispiel Finlepsin, Tegretal, Timonil
- Tranquilizer, zum Beispiel Halcion, Lexotanil, Librium, Ludiomil, Noveril, Rohypnol, Tavor, Valium
- Hypnotika (Beruhigungs- und Schlafmittel), zum Beispiel Amytal, Antabus, Baldrian, Distraneurin, Heroin, Luminal, Opium
- Psychostimulanzien, zum Beispiel Captagon, Kokain, Ritalin, Stimul, Tradon
- Halluzinogene, zum Beispiel Haschisch, LSD, Marihuana, Mescaline.

Antiparkinsonmittel (zum Beispiel Akineton, Amantadin, Artane, Sormodren) sind keine Psychopharmaka, werden aber in Verbindung mit Neuroleptika gerne zur Kaschierung von Muskelstörungen oder zur Linderung

akuter Muskelkrämpfe gegeben und können unerwünschte psychische Wirkungen haben (zum Beispiel Angst- und Unruhezustände, Halluzinationen und toxische Delire).

Das Schwergewicht des psychiatrischen Psychopharmaka-Gebrauchs liegt bei Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium; gelegentlich werden noch Tranquilizer gegeben. Antiepileptika werden wegen ihrer dämpfenden Wirkung ebenso eingesetzt wie Psychostimulanzien, die man aufgrund ihrer ›paradoxen‹ Wirkung zur Ruhigstellung von ›Zappelphilippen‹ nutzen will. Antiparkinsonmittel, die auch psychische Auswirkungen aufweisen, benutzt man zur Unterdrückung Neuroleptika-bedingter Muskelstörungen.

Nichttranquilizer-artige Hypnotika werden in der Psychiatrie kaum verabreicht. Distraneurin und Antabus spielen bei der Behandlung alkoholabhängiger Menschen eine wichtige Rolle. Diese Substanzen sind deshalb in »Schöne neue Psychiatrie«, wo es im Wesentlichen um die Behandlung von sogenannten psychischen Krankheiten geht, nicht angesprochen. Manche Autoren zählen hirndurchblutungsfördernde Mittel (Noo-, Neurotropika) zur Gruppe der Psychopharmaka. Wegen ihrer gefäßerweiternden und durchblutungsfördernden Wirkung verabreicht man sie bei gestörten oder abnehmenden Hirnleistungen vorwiegend im Alter. Unter den Indikationen finden sich auch psychische Zustände, zum Beispiel emotionale Labilität, Verstimmungen, Unruhezustände und Verwirrtheit. Seit Jahren ist ein nahezu konstant steigender Absatz garantiert. Marktrenner unter den Wirkstoffen ist Piracetam (1996 im Handel als Avigilen, Cerebroforte, Cerepar, Cuxabrain, durapitrop, Encetrop, Memo-Puren, Nootrop, Nootropil, Normabrain, Novocetam, Piracebral, Piracetam und Sinapsan). Die therapeutische Wirkung der Nootropika ist umstritten, außerdem sind sie nicht frei von unerwünschten

Wirkungen. Im *Arzneiverordnungs-Report* werden seit Jahren immer wieder skeptische Stimmen laut:

»Die relativ hohen Kosten kontrastieren auffällig mit den unsicheren Erfolgen, die bei der Behandlung altersbedingter Hirnleistungsstörungen erreicht werden können.« <sup>637:375</sup>

Neben Piracetam gehören folgende Substanzen zu den Nootropika: Cyclandelat (Cyclandelat, Natil), Dihydroergotoxin (Dacoren, DCCK, Defluina, DH-Tox, Ergodesit, Ergohydrin, ergoplus, Hydergin, Hydro-Cebral, Orphol, Progeril, Sponsin), Meclofenoxat (Cerutil, Helfergin), Nicergolin (Circo-Maren, duracebrol, ergobel, Memoq, Nicergolin, Nicerium, Sermion), Nimodipin (Nimotop), Pyritinol (Encephabol, Gerigamma, Logomed, Pyritinol) und Vinpocetin (Cavinton).

Als unerwünschte Wirkungen können auftreten: Depressivität, Angst, Umtriebigkeit, erhöhte Erregbarkeit, Aggressivität; Herabsetzung der Krampfschwelle, Nervosität, starke Benommenheit, Schlafstörungen; allergische Reaktionen, sexuelle Stimulation, Appetit- und Gewichtszunahme, Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Brechreiz, Oberbauchbeschwerden), Blutdruckzunahme oder -senkung, Schwindel und vermehrter Speichelfluss <sup>134;475a</sup>.

Für jedes Psychopharmakon gibt es drei verschiedene Begriffe: den pharmakologischen Strukturbegriff, seine Kurzbezeichnung (auch internationaler Freiname genannt) und den Handelsnamen. Wer wissen will, zu welcher Gruppe ein bestimmtes Psychopharmakon gehört: im Anhang dieses Buches befindet sich eine Liste, die die Handelsnamen den Substanzgruppen zuordnet.

All diese Substanzen werden einzeln oder in Kombination gegeben. Es ist nicht ungewöhnlich, dass man 5er-, 6er-