

Peter Lehmann

Schöne neue Psychiatrie

Band 2

Wie Psychopharmaka
den Körper verändern



Peter Lehmann

**Schöne neue Psychiatrie
Band 2: Wie
Psychopharmaka den
Körper verändern**

Aktualisierte Neuauflage

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 1 www.antipsychiatrieverlag.de/snp1 – ist als ePUB E-Book (ISBN 978-3-925931-74-1), MobiPocket E-Book (ISBN 978-3-925931-73-4) und PDF E-Book (ISBN 978-3-925931-72-7) erhältlich.

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
publishing.com

· [www.peter-lehmann-](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 978-3-98756-386-7

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 entsprach. 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

Table of Contents

[Innentitel & Impressum](#)

[Rechtlicher Hinweis](#)

[Vorwort zur eBook-Neuausgabe](#)

[Einleitung](#)

[Wem Psychopharmaka verabreicht werden](#)

[Wer Psychopharmaka verschreibt](#)

[Marktentwicklung von Psychopharmaka](#)

[Wer Neuroleptika bekommt](#)

[Wer Antidepressiva bekommt](#)

[Lithium und Carbamazepin](#)

[Verabreichung von Psychostimulanzien an Kinder](#)

[Wer Tranquilizer bekommt](#)

[Verabreichung von Depot-Präparaten](#)

[Lesehinweise](#)

Überblick

[Die psychiatrischen Psychopharmaka](#)

[Wirkungsbereiche im Organismus](#)

[Hormonsystem](#)

[Blutbestandteile](#)

Neuroleptika

[Vegetative Störungen und Organschäden](#)

[Körperliche Anpassungsschwierigkeiten](#)

[Schäden am Hormonsystem und an den Sexualorganen](#)

[Sexualstörungen](#)

[Störungen von Libido, Orgasmus und Menstruation](#)

[Erhöhung des Prolaktin-Spiegels](#)

[Bleibende Schäden an Sexualorganen](#)

[Häufigkeit von Sexualstörungen](#)

[Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse](#)

[Fettleibigkeit und weitere Hormonstörungen](#)
[Schwangerschaftsschäden](#)
[Wachstumsstörungen bei Pflanze und Tier](#)
[Embryonale Schäden und Entwicklungsstörungen](#)
[Neuroleptika und Muttermilch](#)
[Embryonale Schäden bei Menschen](#)
[Drei Fälle von Ektromelie](#)
[Entbinden und Stillen unter Neuroleptika](#)
[Risikodiskussionen, Restrisiken](#)
[Körpertemperatur-Regulationsstörungen](#)
[Maligne Hyperthermie](#)
[Malignes neuroleptisches Syndrom](#)
[Vorboten und Verläufe](#)
[Febrile Katatonie](#)
[Zusätzliche Elektroschocks](#)
[Häufigkeitsangaben](#)
[Risikofaktor Leponex](#)
[Herzschäden](#)
[Bleibende und tödliche Herzschäden](#)
[Fallbeispiele des Plötzlichen Todes](#)
[Häufigkeitsangaben](#)
[Lungenschäden](#)
[Lungenentzündungen](#)
[Kreislaufstörungen](#)
[Blutdruckstörungen](#)
[Kreislaufkollaps](#)
[Häufigkeitsangaben](#)
[Schäden an Schleimhäuten, Schweiß- und Tränendrüsen und Zähnen](#)
[Störungen der Schweißdrüsen und Schleimhäute](#)
[Zahnschäden](#)
[Häufigkeitsangaben](#)
[Schäden an Verdauungs- und Ausscheidungsorganen](#)
[Ausscheidungsstörungen](#)
[Schäden an Leber und Galle](#)
[Bleibende und tödliche Leberschäden](#)

Häufigkeitsangaben

Schäden an Knochenmark und Blut

Blutschäden

Absterben der weißen Blutkörperchen

Vorboten der Agranulozytose

Agranulozytose und Leponex

Häufigkeitsangaben

Schäden an Blut- und Lymphgefäßen

Schäden an Venen und Arterien

Thrombosen und Embolien

Häufigkeitsangaben

Schäden an Haut und Gewebe

Haaranomalien

Gewebeveränderungen im Einspritzbereich

Bleibende und tödliche Hauterkrankungen

Häufigkeitsangaben

Augenschäden

Sehstörungen

Ablagerungen von Neuroleptika-Abbauprodukten

Maßnahmen gegen Augentrübungen

Bleibende Schäden am Auge

Häufigkeitsangaben

Über die >Nebenwirkungen<

Schadensursache Überdosierung?

Dosisunabhängige Störungen

Schäden durch niedropotente Neuroleptika

Schäden bei niedrigen Dosierungen

Nur Nebenwirkungen?

Rechtfertigung der Risiken und Schäden

Muskel- und Bewegungsstörungen

Nervenimpuls-Übertragung unter Neuroleptika

Verwandte Hirnkrankheiten

Parkinsonoid

Muskelsteifheit und Muskelzittern

Zombie-Syndrom

Parkinsonspsyche

[Enthirnungsstarre](#)
[Chronisches Parkinsonoid](#)
[Hyperkinesien](#)
[Tardive Hyperkinesien](#)
[Bewegungsstereotypen](#)
[Bewegungsstereotypen \(Rumpf und Gliedmaßen\)](#)
[Bewegungsstereotypen im Gesicht](#)
[Tardive Bewegungsstereotypen](#)
[Dystonien](#)
[Tardive Dystonien](#)
[Tödliche Dystonien](#)
[Todesängste bei Dystonien](#)
[Tod durch Ersticken](#)
[Tardive Dyskinesien](#)
[Erscheinungsformen und Begleitsymptome](#)
[Neuroleptika-typische Hirnkrankheit](#)
[Rezeptorenveränderungen](#)
[Hirnschäden und Autopsiebefunde](#)
[Lebenserwartung unter tardiver Dyskinesie](#)
[Entstehungsdauer, Vorzeichen und Risikofaktoren](#)
[Rückbildung der tardiven Dyskinesie](#)
[Behandlungsmöglichkeiten](#)
[Behandlung mit Botulinum-Toxin](#)
[Behandlung mit Neuroleptika](#)
[Weitere Psychiatrisierung](#)
[Schadenersatzklagen](#)
[Häufigkeit von Muskelstörungen](#)
[Parkinsonoide Störungen](#)
[Hyperkinesien und Stereotypen](#)
[Dystonien](#)
[Frederick Zugibe und der Schluckreflex](#)
[Tardive Dyskinesien](#)
[Antiparkinsonmittel](#)
[Dystonische und hyperkinetische Notfälle](#)
[Risiken und unerwünschte Wirkungen](#)
[Kaschieren von Muskelstörungen](#)

Über die ›Nebenwirkungen‹
Schadensursache Überdosis?
Schäden unter ›therapeutischer‹ Dosis
Niedrigdosierte und niedropotente Neuroleptika
Tardive Dyskinesien: Folge von Vorschädigung?
Störungen unter einmaligen Dosierungen
Nur Nebenwirkungen?
Notwendige Parkinson-Erkrankung
Diskrete Hirnentzündung
Neuroleptische Potenz, neuroleptische Schwelle
Messgröße Versteifung
›Atypische‹ Neuroleptika (zum Beispiel Leponex, Risperdal)
Neuroleptische Potenzen

Antidepressiva

Vegetative Störungen und Organschäden
Hormon- und Sexualstörungen
Schwangerschaftsschäden
Weitere vegetative Störungen und Organschäden
Muskel- und Bewegungsstörungen
Über die ›Nebenwirkungen‹

Lithium

Vegetative Störungen und Organschäden
Hormon- und Sexualstörungen
Schwangerschaftsschäden
Nierenschäden
Weitere vegetative Störungen und Organschäden
Muskel- und Bewegungsstörungen
Über die ›Nebenwirkungen‹
Schadensursache Überdosis?

Carbamazepin

Vegetative Störungen und Organschäden
Häufigkeitsangaben

Muskel- und Bewegungsstörungen

Psychostimulanzien

Vegetative Störungen und Organschäden

Häufigkeitsangaben

Muskel- und Bewegungsstörungen

Tranquilizer

Vegetative Störungen und Organschäden

Hormon- und Sexualstörungen

Schwangerschaftsschäden

Weitere vegetative Störungen und Organschäden

Muskel- und Bewegungsstörungen

Abhängigkeit und Entzug

Tranquilizer

Psychische Entzugerscheinungen

Geistig-zentralnervöse Entzugerscheinungen

Vegetative Entzugerscheinungen

Motorische Entzugerscheinungen

Häufigkeitsangaben

Über die Entzugerscheinungen

Risikofaktoren

Psychostimulanzien

Entzugerscheinungen

Carbamazepin

Lithium

Keine Absetzprobleme?

Psychische Absetzprobleme

Antidepressiva

Entzugerscheinungen bei Selbstversuchen

Entzugerscheinungen bei psychiatrischem Einsatz

Psychische Entzugerscheinungen

Geistig-zentralnervöse Entzugerscheinungen

Vegetative Entzugerscheinungen

Motorische Entzugerscheinungen

[Häufigkeitsangaben](#)
[Über die Entzugerscheinungen](#)
[Neuroleptika](#)
[Entzugerscheinungen bei nichtpsychiatrischer Praxis](#)
[Anhaltende Mittelwirkung](#)
[Psychische Entzugerscheinungen](#)
[Geistig-zentralnervöse Entzugerscheinungen](#)
[Vegetative Entzugerscheinungen](#)
[Motorische Entzugerscheinungen](#)
[Häufigkeitsangaben](#)
[Über die Entzugerscheinungen](#)
[Antiparkinsonmittel](#)
[Tipps zum Absetzen](#)
[Die Absetzempfehlungen von David Richman](#)
[Allmählicher und stufenweiser Entzug: die 10 %-Formel](#)
[Weitere Ratschläge](#)
[Spezielle Aspekte](#)
[Tranquilizer](#)
[Psychostimulanzien](#)
[Carbamazepin](#)
[Lithium](#)
[Antidepressiva](#)
[Neuroleptika](#)
[Mittel zur Linderung von Neuroleptikawirkungen](#)
[Kombinationen](#)
[Leben ohne Psychopharmaka](#)
[Schlussbetrachtung](#)

[Schlusswort](#)

[Dunkelziffer](#)
[Schwankungen im Blutspiegel](#)
[Kombinationen](#)
[Neuroleptika, die gefährlichsten Psychopharmaka](#)
[Zusatzrisiken](#)
[Resümee](#)

Anhang

Fachbegriffe, Fremdwörter, Abkürzungen

Quellen

Über den Autor

Weitere Titel bei Peter Lehmann Publishing und im
Antipsychiatrieverlag

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 eBooks und 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

Einleitung

Wer Klarheit über die Risiken will, die mit der Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka 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 von Seiten der Ärzte und Psychiater den sogenannten Laien 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 zu schüren. Sie können so – sofern sie überhaupt die Chance haben – selbst wählen und sich eigenständig für oder gegen Psychopharmaka entscheiden. Ist bereits ein Schaden eingetreten, soll der Nachweis erleichtert werden, dass der Schaden auf die Behandlung zurückzuführen ist.

Wem Psychopharmaka verabreicht werden

Schon seit Jahrhunderten verabreicht man alle denkbaren Substanzen, um die menschliche Psyche zu beeinflussen. Heutzutage ist es üblich, unangenehme und störende Gefühle und damit verbundene Einstellungen und Handlungsweisen mit Drogen aller Art zu unterdrücken oder Gefühle mit vermeintlichen Glückspillen künstlich zu produzieren. Viele Männer und Frauen denken, sie bräuchten Psychopharmaka zum Wohlbefinden und Überleben. Diesen Haltungen entspricht das nahezu

unerschöpfliche Reservoir an Substanzen, die man als Psychopharmaka einsetzen kann. Im medizinisch-psychiatrischen Bereich sind dies neben Neuroleptika vor allem Antidepressiva.

Bewältigung der Alltagspflichten von Hausfrauen, Erziehungs- und Verhaltensprobleme von Kindern und Unzufriedenheit von Alten sind einige der umsatzträchtigen Indikationen, die in Werbeanzeigen mehr oder weniger direkt immer wieder genannt werden und zur Verschreibung psychiatrischer Psychopharmaka anregen sollen. Dies belegen zum Beispiel die Werbeanzeigen für das Neuroleptikum Compazine (Wirkstoff Chlorperazin; in Deutschland, Österreich und der Schweiz 1996 nicht im Handel) ¹⁴¹⁶, das Antidepressivum Insidon ⁴⁸⁵, das Neuroleptikum Dogmatil (»das sanfte Psychopharmakon«) ¹³⁵¹ und das Neuroleptikum Mellaril (Wirkstoff Thioridazin; 1996 im Handel als Melleretten, Melleril, Sonapax und Thioridazin) ^{1293:XIV}. Die Schürholz Arzneimittel GmbH in München lieferte in ihrer Dogmatil-Anzeige gleich die Palette der Indikationen für die Verabreichung durch Kinderärzte:

»Verhaltensstörungen, psychoaffektives
Fehlverhalten, aggressives Verhalten,
Oppositionsverhalten, übermäßige Gehemmtheit,
psychomotorische Instabilität, Agitiertheit, Phobien,
Schlafstörungen, Tics, Nägelbeißen,
Anpassungsstörungen in der Schule, Enuresis
(*Bettnässen*), psychogene Anorexie
(*Appetitlosigkeit*).« ¹³⁵¹

Illustrationen wie in der Anzeige für das Neuroleptikum Trilafon¹³¹¹ führen dem Mediziner leichtverständlich vor, dass man per Spritze ›hysterischen‹ und anderen Frauen mit störendem Gefühlsleben wirksam helfen kann, nämlich indem man sie gleichsam wie einen Flaschengeist in die

Ampulle verbannt. Problemlos lässt sich mit dem Antidepressivum Faverin (Wirkstoff Fluvoxamin; 1996 im Handel als Fevarin und Floxyfral) der unglücklichen Frau ein heiter lächelnder Mund einsetzen ³⁷⁵. Für Frauen, die unter dem »Syndrom des leeren Nestes« leiden, annoncierte man Triavil. Dieses Kombinationspräparat aus dem Neuroleptikum Perphenazin (1996 im Handel als Decentan, Perphenazin und Trilafon) und dem Antidepressivum Amitriptylin (1996 im Handel als Amineurin, Amitriptylin, Novoprotect, Saroten, Syneudon und Tryptizol; enthalten in Acordin, Betamed und Harmomed)

»... könne oft Frauen in den Wechseljahren helfen, erfolgreich mit einer neuen und anderen Rolle klarzukommen, wenn die Kinder erwachsen und aus dem Haus sind.« ^{1044:1}

70 % aller Psychopharmaka werden Frauen verordnet ⁶⁴. »Man kann sagen,« schrieb die Journalistin Ingrid Füller 1994 in dem Buch »Schlucken und ducken«,

»... dass Frauen – in der Regel widerspruchslos – das herunterschlucken, was ihnen der Arzt verordnet, bzw. das, was die Anzeigenflut der pharmazeutischen Industrie, die ja gezielt in den Frauenzeitschriften auftaucht, ihnen vermittelt: die Botschaft ›Für jedes Problem gibt es eine Pille‹«. ^{465:7}

Frauen erhalten die doppelte Menge an Psychopharmaka, da sie häufiger zum Arzt gehen, so C. Hock von der Münchner und Franz Müller-Spahn von der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik ⁶⁸⁹. Da sie insbesondere in ihrer Rolle als Mutter immer funktionieren sollen, stehen sie zudem ständig unter Druck, eigene Probleme aller Art zu unterdrücken, und sei es durch Psychopharmaka. Außerdem werden bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern Persönlichkeitsstörungen attestiert und

Psychodiagnosen gestellt ¹³¹²: Schlafstörung, Depression, Neurose, Psychose oder Schizophrenie bis zu dreimal so häufig ⁵⁰⁷.

Die Zahl der Frauen in der Gerichtspsychiatrie ist zwar wesentlich geringer als diejenige der Männer; prozentual gesehen werden Frauen, die unter emotionaler Beteiligung Delikte begingen, jedoch siebenmal häufiger als Männer als psychiatrische Fälle diagnostiziert und in Hochsicherheitsanstalten geschickt, so das Ergebnis einer Untersuchung der britischen Tageszeitung *Observer* aus dem Jahre 1990. Die Wahrscheinlichkeit, dass man bei Frauen eine psychiatrische Behandlung anordnet, wenn sie vor Kriminalgerichten erscheinen, ist doppelt so hoch wie bei Männern ²⁴⁹.

Alte Frauen sind von psychiatrischen Verordnungen besonders betroffen. Karl Kimbel, Geschäftsführer der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, wies 1987 darauf hin, dass 1985 auf 100 Frauen im Alter zwischen 71 und 80 Jahren 228 Verordnungen für Psychopharmaka kamen, bei den Über-80-Jährigen sogar 282 ⁸³³.

Neben älteren Menschen und Frauen werden auch Kinder zunehmend psychopharmakologisch behandelt. In der Bundesrepublik Deutschland erhielten 1984 16,3 % der Kinder im Alter von null bis zwölf Jahren Psychopharmaka ¹⁵⁷⁵. Wie Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ein Jahr später mitteilten, wurde jede siebte Psychopille von Kindern unter zwölf Jahren geschluckt ¹²⁰⁹. Nach Angaben der *Frankfurter Rundschau* lag die Gesamtzahl der psychopharmakabehandelten Kinder im Alter bis zu 14 Jahren in der BRD 1988 bei rund 900.000 ¹²¹⁰.

1989 wurden laut *Bayernkurier* 5 % der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren als psychisch krank und behandlungsbedürftig betrachtet ⁸³⁶, ein Jahr später

berichtete die *Welt* von 15 % psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen ¹²⁰⁷. Gemäß einer 1996 publizierten Studie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich weisen 22,5 % der Kinder und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter im Kanton Zürich »eine oder mehrere psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten gemäß klinischen Kriterien auf« ^{1346a:58}, wobei bei Kindern der Unterstufe (1. bis 3. Klasse) ein Spitzenwert von 32,7 % Störungen aufgespürt wurde. Angesichts solcher Behauptungen kann man sich an allen zehn Fingern abzählen, dass die Psychopharmaka-Verordnungen weiter zunehmen werden. »Die Zahl der in Gebrauch befindlichen Psychopharmaka ist beachtlich und als solche ein Beleg für enorme Fortschritte...« ^{1125:83}, meinte 1984 Joest Martinius gemeinsam mit Kollegen in einem Lehrbuch für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit dieser Haltung wurde er 1988 prompt zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gewählt. Dies ist kein Symptom spezieller deutscher Kinderfeindlichkeit. K. Makita von der Psychiatrischen Universitätsklinik Tokio meinte beispielsweise beim kinderpsychiatrischen Symposium des Weltkongresses für Psychiatrie 1977 in Hawaii, es sei prinzipiell

»... nichts gegen eine notwendige oder hilfreiche medikamentöse Therapie in der kinderpsychiatrischen Praxis einzuwenden. Zudem wird die medikamentöse Behandlung in der Kinderpsychiatrie immer mehr an Boden gewinnen, denn heute besteht die Tendenz, den psychogenen Faktoren nicht mehr so große Bedeutung beizumessen wie früher und statt dessen, gemäß den modernen Ansichten in Bezug auf psychische Störungen, umzudenken und die biologische Mitbeteiligung stärker in Betracht zu ziehen.« ^{991a:15}

Daraufhin fragte der Kongressteilnehmer J.E. Halasz aus Chicago offenbar voller Ernst:

»Man kann sich zwar fragen, was Kinderschizophrenie eigentlich ist, aber immerhin gibt es einige Autoren, die versuchen, zwischen der ›Kinderschizophrenie‹ und der Schizophrenie im Erwachsenenalter einen Zusammenhang herzustellen. (...) Nach diesen Autoren beginnen sich jetzt bestimmte biologische Merkmale, zum Beispiel eine ungleichmäßige, ruckartig erfolgende Entwicklung, als Zeichen für ein hohes Schizophrenierisiko herauszukristallisieren. Hat schon jemand eine prophylaktische Behandlung mit Neuroleptika versucht?« ^{598a}

Tendenz steigend heißt es aber auch bei den Erwachsenen. Bereits jeder fünfte Bürger der (alten) BRD sei psychisch krank, meldete die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* am 31. Mai 1991 ⁴⁷⁰.

Wer Psychopharmaka verschreibt

Der Irrtum, nur bei psychiatrischen Diagnosen würden Psychopharmaka verschrieben, kann ebenso verhängnisvoll sein wie die Annahme, nur Psychiater würden sie verordnen. Im Rahmen der sogenannten Kurierfreiheit und angesichts der Beliebigkeit der Indikationen überrascht es wenig, dass es Allgemeinmediziner sind, die am häufigsten den Namen eines Psychopharmakons auf ihren Rezeptblock schreiben. Cornelia Krause-Girth von der Psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt am Main nannte 1989 Zahlen:

»Der weitaus größte Teil aller Psychopharmaka-Verordnungen kommt von drei Facharztgruppen: praktischen Ärzten, Internisten und Nervenärzten, das heißt Neurologen und Psychiatern. Die restlichen Facharztgruppen verordnen zusammen

nur etwa vier Prozent aller Psychopharmaka. Von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern werden rund 1/3 aller Antidepressiva und Neuroleptika verordnet, aber nur sieben Prozent aller Tranquilizer. In anderen Ländern, aus denen vergleichbare Daten vorliegen, ist es ähnlich. In den USA verordnen die Psychiater sogar nur fünf Prozent aller psychotropen (*die Psyche beeinflussenden*) Medikamente.« ^{888:20}

Bei der Verordnungsmenge von Psychopharmaka an Kinder liegen Kinderärzte nach Allgemeinmedizинern an zweiter Stelle ¹²⁰⁹.

Der mit dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie und einer Zunahme der Zahl niedergelassener Psychiater verbundene Anstieg der Zwangsunterbringungen, den der Bremer Medizinsoziologe und Psychiater Georg Bruns 1993 in seinem Buch »Ordnungsmacht Psychiatrie?« nachwies ^{174:75ff.}, dürfte neben einer Reihe anderer Faktoren ebenfalls zum Anstieg der Verabreichungsmengen von Psychopharmaka in den nächsten Jahren beitragen. So genau wie niemand zuvor befasste sich Bruns mit den weiteren Konsequenzen der Ausweitung der Psychiatrie, als er formulierte:

»Die sozialpsychiatrischen Dienste mit dem in verschiedenen Fragen speziell ihnen erteilten Auftrag, die Bestimmungen eines PsychKGs (*Psychisch-Kranken-Gesetzes*) auszufüllen, suchen selbst und werden von anderen Diensten dazu gebracht, das ihnen zur Verfügung stehende Instrumentarium auch anzuwenden und auf diese Art und Weise eine ›Zwangseinweisungsklientel‹ zu schaffen – ein Prozess der existentiellen Selbstrechtfertigung dieser Dienste, die, sind sie einmal installiert, von den in ihnen Tätigen mit

Zähnen und Klauen verteidigt werden, handelt es sich doch größtenteils um Angehörige von Berufsgruppen, die schlecht definierte Arbeitsfelder besitzen und einem hohen Risiko der Arbeitslosigkeit ausgesetzt sind (von 10,5 Planstellen eines Stadtteil-SpsD in Bremen sind vier für Sozialarbeiter und eine für Psychologen vorgesehen). Die institutionelle Selbstrechtfertigung der Dienste und die Notwendigkeit der materiellen Reproduktion der in ihnen Tätigen koinzidieren und verbinden sich zu einem vermutlich weitgehend unbewussten dynamischen Motiv, »schwere Fälle« in Form von Zwangseinweisungen zu produzieren.«

174:110

Marktentwicklung von Psychopharmaka

Auf die Diagnostizierten warten unterschiedliche psychiatrische Anwendungen. Der Trend geht seit 1985 kontinuierlich weg von Tranquilizern und hin zu Antidepressiva und Neuroleptika^{975:364}. Der *Spiegel* nannte 1995 eine der Ursachen:

»Der Rückgang der Tranquilizer, vor allem der Benzodiazepine, bei gleichzeitigem Anstieg der Verschreibungen von Antidepressiva, Neuroleptika und pflanzlichen Therapeutika liegt im wirtschaftlichen Interesse der Pharmafirmen: Weil die Patente abgelaufen sind, sinkt der Preis der Benzodiazepine; Nachahmerpräparate sind verfügbar. Antidepressiva und Neuroleptika hingegen sind neu und deshalb teuer.«^{891:146}

Hinzu kommt, dass inzwischen Behandler und Hersteller von Tranquilizern zu Schadenersatzzahlungen wegen unterlassener Warnung vor dem Abhängigkeitspotenzial dieser Substanzen verurteilt wurden. Tranquilizer werden

im Durchschnitt zehn Jahre lang verabreicht. Neuroleptika sollen an Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« zwar häufig noch länger, zum Teil lebenslänglich verabreicht werden, doch wird deren abhängig machende Wirkung bisher bestritten, auch wenn man sie in fachinternen Veröffentlichungen längst zugegeben hat (siehe Kapitel »Abhängigkeit und Entzug«). Wenn Neuroleptika lebenslang genommen werden sollen, ist die Abhängigkeit auch deshalb kein Thema, weil sie sehr gelegen kommt.

Das deutsche Verordnungsspektrum der psychiatrischen Psychopharmaka ist im jährlich erscheinenden *Arzneiverordnungs-Report* beschrieben. Dort sind auch die jährlichen Verordnungszahlen der einzelnen Psychopharmakagruppen graphisch dargestellt.

1993 lagen der Absatz von Neuroleptika und Antidepressiva etwa gleich hoch. Der Report berichtete 1995:

»Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Psychopharmakagruppen zeigt eine sehr unterschiedliche zeitliche Entwicklung. Die Verordnungen von Tranquillantien sind in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Dieser Trend wurde nach der Vereinigung Deutschlands nur kurzfristig durch die Einbeziehung der ostdeutschen Verordnungsdaten unterbrochen. Er hat sich 1994 verstärkt fortgesetzt. Umgekehrt nahmen Neuroleptika und Antidepressiva eine stetige entgegengesetzte Entwicklung, die durch die Verordnungen aus den neuen Bundesländern noch deutlicher wurde. Infolgedessen haben die Tranquillantien ihre früher dominierende Stellung verloren und machen inzwischen deutlich weniger

als ein Drittel des Verordnungsvolumens von Psychopharmaka aus.« ^{975:364}

Auch die Entwicklung der Umsatzzahlen der einzelnen Psychopharmaka in der BRD kann hier verfolgt werden. Unter den Neuroleptika war 1994 Haloperidol der umsatzstärkste Wirkstoff, Haldol der Spitzenreiter unter den Handelsprodukten. Es folgten Promethazin (Handelsnamen Atosil und Prothazin), Imap, Eunerpan, Melleril, Neurocil, Fluphenazin (Handelsnamen Dapotum und Lyogen), Taxilan und Dipiperon. Im Gegensatz zum Vorjahr hatte die Zahl der Verschreibungen 1994 insgesamt wieder zugenommen. Die mit Abstand höchste Umsatzsteigerung konnte Ciatyl-Z verbuchen, gefolgt von Haloperidol, Propaphenin (Wirkstoff Chlorpromazin) und Fluphenazin. Das Umsatzniveau von Laponex, dessen Wirkung sich weniger in der gut sichtbaren Motorik als vielmehr in den inneren Organen niederschlägt, blieb bestehen, wogegen der Umsatz von Sulpirid-Präparaten (Handelsnamen Dogmatil und Meresa), die man auch als Antidepressiva verkaufen kann, leicht zurückging ⁹⁷⁴.

1992 hatten insbesondere Psychopharmaka mit multiplen Indikationen die stärksten Zuwachsraten, vor allem Atosil und Imap 1,5 mg, das man auch als Tranquilizer verkauft und das von den Herstellern zur Verabreichung bei sogenannten nicht-psychotischen Störungen empfohlen wird.

Manche Psychiater sind mit der Entwicklung der Verabreichungszahlen offenbar nicht zufrieden. Reimer beispielsweise nutzte 1991 die Psychiatriezeitung *Eppendorfer* als Sprachrohr, seiner Forderung nach Befreiung der Psychiatrie von »modischem Firlefanz« und einem Verbot der psychotherapeutischen Verfahren Nachdruck zu verleihen, damit Sachlichkeit, Nüchternheit

und verstärkte Anwendung von Elektroschocks die psychiatrische Tätigkeit noch mehr prägen als jetzt ¹⁴⁵.

Wer Neuroleptika bekommt

Am häufigsten und intensivsten werden Neuroleptika verabreicht, wenn sich Psychiater für die Diagnose »Schizophrenie« entscheiden ⁶⁴⁴. Die Verabreichung ist »wie Essen und Trinken in vielen Fällen die Basis der Therapie« ^{737:6}, so Psychiater in einer Werbebroschüre der deutschen ›Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser‹ Anfang der 1990er Jahre. Klinikinsassen und -insassinnen mit der Diagnose »Schizophrenie« erhalten in 95 % aller Fälle Neuroleptika ¹³¹⁹. In psychiatrischen Universitätskliniken liegt die Rate noch um ein Prozent höher; bei der Diagnose »Depressionen« wird die Rate der Neuroleptikaverabreichung mit über 50 % angegeben, bei der Diagnose »Neurosen« mit 41 % ^{546:33}. Dabei werden ca. 25 % der Untergebrachten mit hochdosierten Neuroleptika behandelt ⁸⁶⁷.

Außerhalb von psychiatrischen Kliniken, wo die Überwachungsmöglichkeiten geringer sind, liegt die Verabreichungsrate von Neuroleptika bei knapp 60 % ^{888:93}. George Crane vom National Institute of Mental Health (NIMH) in Chevy Chase, Maryland, vermutete bereits 1973, in den USA und Europa lebten nur wenige ›Schizophrene‹, denen nicht bereits mindestens einmal Neuroleptika verabreicht wurden ²⁶². Auch beim sogenannten manisch-depressiven Irresein (›affektive Psychose‹) gelten Neuroleptika als »Methode der ersten Wahl« ^{433:62}. Finzen: »Die Behandlungsrichtlinien sind verhältnismäßig einfach: hochpotente Neuroleptika in hoher Dosierung über einen längeren Zeitraum.« ^{436:130} Helmchen und Kollegen stellten klar:

»Kernstück der Therapie schizophrener und manisch-depressiver Kranker ist heutzutage die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka (Neuroleptika und Antidepressiva).« ^{403:6}

Allerdings ist dies kein Grund für Menschen mit anderen Diagnosen, sich nicht angesprochen zu fühlen. Krause-Girth schlüsselte die erwähnte Häufigkeitsverteilung der Diagnosen auf:

»Neuroleptika werden zu einem großen Teil bei Diagnosen außerhalb ihres Indikationsbereiches eingesetzt. Nur 40 Prozent der Verordnungen werden mit Psychosen begründet, 20 Prozent mit Neurosen, 16 Prozent mit mangelhaft behandelten Krankheiten, acht Prozent mit Symptomen, vier Prozent mit Hirngefäßerkrankungen, die restlichen zwölf Prozent verteilen sich auf ganz unterschiedliche Krankheiten.« ^{888:93}

Auch unter den Neuroleptika-Behandelten sind es die wehrlosesten oder vertrauensseligsten, die am stärksten behandelt werden. »Alle Neuroleptika werden Frauen deutlich häufiger verschrieben, bei Imap ist das Verhältnis sogar 78 zu 22 Prozent« ^{888:96}, so Krause-Girth.

Neben der Geschlechtszugehörigkeit ist das zunehmende Alter ein gewichtiger Risikofaktor. Besonders aus den USA kommen verstärkt besorgniserregende Nachrichten. Während dort der Bevölkerungsanteil der über 60 Jahre alten Menschen 1985 bei 11 % lag, betrug ihr Anteil an Neuroleptikaverschreibungen über 33 %. Können ältere Menschen nicht mehr weglaufen, werden besonders häufig Neuroleptika verabreicht. Eine Untersuchung von 1986, die sich 2000 chemischen Substanzen und Millionen von Verschreibungen widmete, ergab, dass 60,5 % der Verordnungen an die über 65 Jahre alten Altenheimbewohnerinnen und -bewohner