

Basiswissen Psychopharmaka

**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, Extasy 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, antikonvulsiv¹ 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 garantiere“, 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-Konsument/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.

¹ Antikonvulsiv = krampflösend, 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.

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.

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, die die Einführung der Atypika als einen Marketingbetrug 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.

⁵ Prophylaxe = Vorbeugung, also Phasenvorbeugemittel

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 Lithiumkonsument/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, Fluvoxolam, Fluspirilen, Haloperidol, Hypericin in Johanniskrautextrakt, Johanniskrautextrakt, Lithiumsalz, 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. Fluvoxolam) ist die Gefahr eines toxischen Serotonin-Syndroms erhöht.

„Insgesamt: Ein wenig überzeugendes Medikament mit beachtenswerten Risiken.“⁹

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

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.

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-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI-Antidepressiva) wie Flucltin, 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.

¹⁰ Suizid = Selbsttötung

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.

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 Todesfällen 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, das 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 nettest mögliche Sicht eines nicht-arthörigen 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 Schlafs

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 Schlafs. 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 Aufgedretheit 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 Latenz¹¹phase, in der niedrige Dosen Neuroleptika zur Prophylaxe¹² gegeben werden. In der Praxis werden aber sehr oft

¹¹ Latenz =

¹² Prophylaxe = Vorbeugung

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 vielfaches 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	400-1.200
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	400-1.200
Leponex	Clozapin	25-100	100-400	400-1.200
Dogmatil	Sulpirid	25-100	100-400	400-1.200

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 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 zuviel Psychopharmaka (PP) zu mir 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 Absatzleitfäden 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.

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.

Stand: Dezember 2008

Matthias Seibt