5.7.2011

Peter Lehmann

Spezielle Aspekte beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka[1]

> »Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.« (Seeler, 1983)

Dieser Satz von Wolfgang Seeler von der Psychiatrische Klinik Hamburg-Ochsenzoll findet sich in den Protokollen der Diskussion eines Vortrags über Probleme der Kinetik von Psychopharmaka anlässlich der Einweihung des Neubaus der Pharmafirma Janssen GmbH in Rosellen bei Düsseldorf 1981. Mit Kinetik ist die Wirkung des Organismus auf Psychopharmaka gemeint, deren Aufnahme (zum Beispiel über den Magen-Darm-Trakt oder die Haut) und Transport im Blut und der Lymphe, ihre Verteilung im Organismus und Ausscheidung – allesamt bestimmend für den zeitlichen Ablauf der Pharmakonzentration und deren Niederschlag als psychische, geistig-zentralnervöse, vegetative oder Organwirkung. Bezogen auf das Absetzen von Psychopharmaka könnte man nun ebenso sagen: Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte auch beim Beendigen der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.

Dies trifft aber nicht nur auf Ärzte oder gar Psychiater zu (vorausgesetzt diese entscheiden sich je von sich aus zum Absetzen oder gar zur Gewährung ärztlicher Hilfeleistung an Psychiatriepatienten, die sich für das Absetzen von Psychopharmaka entschieden haben). Niemand kann vorhersagen, wie ein Absetzprozess im Einzelnen verlaufen wird. Man entscheidet sich, einen bestimmten Weg einzuschlagen, man handelt – möglichst vor- und umsichtig – und orientiert die nächsten Schritte auf Grundlage der jeweils akuten Situation. Allerdings lassen sich Tendenzen erkennen, die helfen, den Überblick zu bewahren und die Chancen zu verbessern, dass der Absetzprozess erfolgreich endet.

---

[1] Ich, Peter Lehmann, bin kein Arzt, trage keinen weißen Kittel, habe mein Wissen nicht aus Werbezetteln der Pharmaindustrie oder aus Fachbüchern. Als Nichtarzt kann ich keine ärztlichen Ratschläge erteilen. Ich bin Fachbuchautor, Sozialpädagoge sowie Psychiatriebetroffener mit Erfahrung im Selbsthilfebereich seit 1980. Was das Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka betrifft, weiß ich, wovon ich schreibe. Und als Vertreter der humanistischen Antipsychiatrie weiß ich, wie fahrlässig es wäre, eigene Erfahrungen zu verallgemeinern und Patentrezepte anzupreisen.

Die humanistische Antipsychiatrie und das Wissen von den Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka sind ständigen Entwicklungen unterworfen. Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was die Beendigung der psychopharmakologischen Behandlung anbelangt. Soweit in diesem Artikel eine Dosisreduzierung erwähnt wird, dürfen die LeserInnen zwar darauf vertrauen, dass der Autor große Sorgfalt darauf verwandt hat, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Artikels entspricht.

Da eine Vielfalt individueller Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, soziale Lebensverhältnisse usw.) einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Absetzprozesses ausüben, dürfen die Aussagen nicht als übertragbare Empfehlungen für alle Leserinnen und Leser aufgefasst werden. Diese sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und seelischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten bzw. einer geeigneten Spezialistin festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Lektüre des Artikels Psychopharmaka auf eine spezielle Weise abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind.

Infolge dieser Umstände übernimmt der Autor weder die Verantwortung für die Folgen unerwünschter Wirkungen beim Einnehmen von Psychopharmaka noch bei deren Absetzen. Er appelliert an alle Betroffenen, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten oder Misserfolge beim durchdachten Absetzen unter genauer Schilderung der Umstände mitzuteilen.

Dem entgegengesetzt fördern viele Psychiater das gelegentlich riskante abrupte Absetzen, indem sie auf Kritik an ihren Psychopharmaka mit einem saloppen »Dann lassen Sie sie doch einfach weg« antworten, ohne vor den teilweise lebensbedrohlichen Entzugsproblemen und -risiken, vor Hypersensibilitäts- und Reboundsymptomen warnen. Dies ist wenig überraschend, denn man redet ihnen in ihrer Ausbildung, in Werbebroschüren und anderen pharmafirmengesponserten Publikationen und Kongressen ein, mit Ausnahme von Benzodiazepinen würden psychiatrische Psychopharmaka nicht abhängig machen (und demzufolge keine Entzugsprobleme bereiten). Dabei ist schon lange bekannt, dass ein abruptes Absetzen zu drei- bis sechsfach erhöhten sogenannten Rückfallraten führt (Gilbert et al., 1995; Baldessarini & Viguera, 1995; Viguera et al., 1997; Seeman & Tallerico, 1999; Moncrieff, 2006a), während beim Ausschleichen von Neuroleptika das Rückfallrisiko entsprechend sechsfach geringer sei (Green 1992).

Oft genug verschreiben Psychiater im Lauf der Zeit immer mehr ansteigende Kombinationen von Psychopharmaka; wie diese je abgesetzt werden sollen, ist ihnen und ihren Interessenverbänden sowie den Kranken- und Pflegekassen, die für die finanziellen Folgen der Behandlung der „Nebenwirkungen“ und Pflegeleistungen für die zu Behinderten gemachten psychiatrisch Behandelten aufkommen müssen, in der Regel letztlich völlig gleichgültig.

1996 publizierte ich die nachfolgenden Ratschläge neben medizinischen, pharmakologischen und psychiatrischen Berichten über eine Vielzahl von Entzugsproblemen bei allen Arten von psychiatrischen Psychopharmaka (Lehmann, 1996a). Da diese Publikation vergriffen ist, habe ich jenen Teil überarbeitet und aktualisiert, der sich auf spezielle Aspekte beim Absetzen bezieht. Damit will ich auch falsche Fährten abbauen helfen, die immer wieder von Psychiatern gelegt werden. Ein Beispiel hierfür sind der Psychiater Nils Greve aus Solingen und zwei Kolleginnen (2005), die als Vorschläge zum erfolgreichen Absetzen von Neuroleptika unter anderem bei sogenannten Frühwarnzeichen (Schlafstörungen, geringe Konzentrationsfähigkeit, Reizüberflutung, Rückzugstendenzen, stärkere Ängstlichkeit usw.) eine prophylaktische starke Erhöhung der Tagesdosis empfehlen, ohne darauf hinzuweisen, dass es sich auch um vorübergehende, von alleine verschwindende oder mit natürlichen Mitteln beherrschbare Entzugserscheinungen handeln könnte. Volkmar Aderhold, ein in Hamburg lebender verantwortungsbewusster Psychiater, äußert sich zu diesem Aspekt völlig konträr:

> „Kurzfristige psychotische Symptome müssen nicht notwendig eine Dosiserhöhung zur Folge haben. Es könnte auch auf anderem Wege eine Stabilität erreicht werden. Begleitende psychosoziale Behandlungsformen sind dabei Entspannungstechniken, die Grundsätze des Recovery, Coping Techniken bei Stimmenhören, Einzeltherapie, Familientherapie, Traditionelle Chinesische Kräuter-Medizin.“ (2009, S. 65)

Der andere typische psychiatrische Ratschlag von Greve und Kollegen stellt der Wechsel zu anderen, ›besser verträglichen‹ Neuroleptika dar, womit sie offenbar neuere, sogenannte atypische Neuroleptika meinen. Auf diese solle man umsteigen, so raten die drei an anderer Stelle ihren Lesern und Leserinnen,

> »... wenn die Wirkung Ihres bisherigen Präparates seelisch oder körperlich unangenehm für Sie ist. Dann ist ein Wechsel allemal besser als das einfache Weglassen der Medikation.« (Greve et al., 2006, S. 97)

Darüber, dass ›atypische‹ Neuroleptika wie Leponex, Zyprexa, Solian usw. im Verdacht stehen, durch atypische Rezeptorenveränderungen Psychosen mittel- und langfristig zu verstärken oder zu chronifizieren (Lehmann, 1996b,

S. 102-104) und demzufolge noch schwieriger abzusetzen sind als herkömmliche potente Neuroleptika, verlieren sie allerdings kein Wort.

Für die Betroffenen bedeutet der Einsatz psychiatrischer Psychopharmaka, dass ihre unerwünschten und störenden Gefühle in tiefere Bereiche der Psyche gedrängt werden. Die Reaktion auf den pharmakologischen Verdrängungsprozess kann aus körperlichen und psychischen Symptomen bestehen, die die schädlichen Psychopharmakawirkungen noch verstärken. Die Behandelten verlieren ihre Handlungsfähigkeit, ihr Körper wird zum Absatzmarkt von Produkten der Pharmaindustrie sowie zum Zwischen- oder Endlager toxischer Stoffwechselprodukte. Schaffen sie den Ausstieg aus der Psychiatrie nicht, bleiben sie dazu verdammt, ihre Psychopharmakaeinnahme und ihre mehr oder weniger freiwilligen Pilgerfahrten von einem Psychiater oder Arzt zum nächsten fortzusetzen und zu erleben, wie ihre Gesundheit und ihre Lebenskraft mehr und mehr verfallen.

Völlig außer acht gelassen wird von fast allen Behandlern, dass auch der Selbstwertverlust, der aus der entwertenden Diagnose (»psychisch krank und behandlungsbedürftig«) und der dann folgenden Behandlung erwachsen kann, möglicherweise eine langfristige Abhängigkeit von Psychopharmaka einleitet oder zementiert. Dabei ist der Mechanismus, dass aus der vorübergehenden Bewältigung psychischer Probleme mit Hilfe psychiatrischer Psychopharmaka eine Abhängigkeit entstehen kann, von anderen psychotropen Stoffen wie beispielsweise Alkohol, Marihuana, Kokain oder Heroin durchaus bekannt.

Am Beispiel von Neuroleptika, die hier stellvertretend für alle psychiatrischen Psychopharmaka stehen sollen, legte der schwedische Mediziner Lars Martensson den Schwerpunkt seiner Kritik auf die Orientierung an kurzfristigen Erfolgen, deren Befürworterinnen und Befürworter sich – wie in so vielen Bereichen der Gesellschaft – keine Gedanken über die mittel- und langfristigen Folgen ihres Handelns machen:

> »Wenn die Psychose ohne Medikamente besiegt wird, wird der Glaube des Patienten an sich selbst und die Mitmenschen angewachsen sein. Diese Dinge – Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Glaube an Mitmenschen – sind genau das, was er braucht, um mit der Zeit seine Schizophrenie endgültig zu überwinden. Wenn Medikamente benutzt werden, wird er die entgegengesetzte Lehre ziehen und sich auf dem Weg steigender Medikamentenabhängigkeit befinden. Auch aus pharmakologischen Gründen wird der Patient sich auf dem sehr gefährlichen Weg steigender Medikamentenabhängigkeit befinden.« (1988, S. 5)

Psychotherapeutische Hilfen werden durch den Einsatz von Psychopharmaka sabotiert, erläuterte der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer. Stehen die Betroffenen unter ihrem Einfluss, lasse sich kein Resultat mehr beurteilen und meist gehe es in Gesprächen nur noch um störende Wirkungen der Psychopharmaka und nicht mehr um die eigentlichen Probleme der Betroffenen:

> »Gleichzeitig wird der KlientIn mit der Verschreibung des Psychopharmakons sehr deutlich gezeigt, dass ihr eine Besserung ihres Zustandes ohne chemische Hilfe nicht zugetraut wird, was einen sinnvollen Verlauf der Psychotherapie verhindert.« (1996, S. 27)

Verlockung der Psychiatrie

Wie leicht Menschen in eine körperliche und psychische Abhängigkeit von Psychopharmaka, in diesem Fall von Neuroleptika kommen, ist selten klarer geschildert worden als von der unter dem Pseudonym »Vera Stein« bekannten Psychiatriebetroffenen aus Deutschland. Diese war als 15jähriges Mädchen wegen Unangepasstheit und

Wildheit von ihren Eltern, die in ihren Erziehungsbemühungen überfordert waren, in die Psychiatrie gebracht worden. Zuerst mit Zwang und Gewalt unter Psychopharmaka gesetzt, entwickelte sie mit der Zeit einen Drang zur Selbstbetäubung:

> »Ich hatte lernen müssen, bei auftretenden Angstgefühlen vom Angebot der Ärzte und Pfleger Gebrauch zu machen und selbst Zusatzmedizin abzuholen. Es fiel anfangs nicht leicht, da ich mich an früher erinnerte, wo ich das Zeug gar nicht brauchte, doch nun gab es Sicherheit und Ausgeglichenheit.« (2005, S. 144)

Nach einem erfolglosen ersten Absetzversuch bei einer ehemaligen Leidensgenossin, die sie aus der Psychiatrie in deren Familie gerettet hatte, verbrachte sie dort zwei Jahre in Stummheit und kehrte dann in ihre eigene Familie zurück, um von dort aus im Nachbarort einen Arbeitsplatz in der Behindertenwerkstatt anzutreten. Sie hatte Glück, denn zum einen entsetzten sich einige Betreuer über die Vielzahl und Dosis der verordneten Psychopharmaka, und zum anderen überwies sie der Arzt, den die ›Behinderten‹ alle paar Wochen aufsuchen mussten und der ebenfalls über die ›Medikation‹ erschreckt war, zu einer Logopädin zur Sprachbehandlung. Dies hatte zur Folge, dass die Psychopharmaka reduziert wurden und Vera Stein aus dem pharmakologischen Dämmerschlaf erwachte. Wieder führte das Wacherwerden und die stärker werdende Sensibilität zu stärkeren subjektiven Qualen über das Nichtsprechenkönnen, doch mit Gekritzel auf Schiefertafeln und Pfeifen konnte sie sich verständigen. Trotz des Wissens, wie die psychiatrische Behandlung ihre Lebensqualität nahezu vollständig zerstört hatte, behielt sie den Blick nach vorne gerichtet und versuchte, aus ihrer Lage das Beste zu machen, und in kleinen Schritten und mit Hilfe von außen schaffte sie schließlich den völligen Ausstieg aus der Psychiatrie. Anschließend reflektierte sie die Gefahr, in der sich diejenigen befinden, die sich in medizinische Hände begeben und Verantwortung abgeben. Sie drohen im psychiatrischen Sumpf unterzugehen, was so vielen Betroffenen passiert, und landen in Heimen, ›Übergangseinrichtungen‹, im ›Betreuten Wohnen‹ oder anderen gemeindenahen Verwahreinrichtungen:

> »Man verfällt leicht in die Ausrede zu sagen, ich bringe dies oder jenes nicht fertig, ohne es überhaupt versucht zu haben. Werden Handgriffe unter Druck verlangt, kann es passieren, dass man mitleidserregende Krankheitsfloskeln nur vorschiebt. Arbeit soll einem abgenommen werden. Man will sich am Ende jeglicher Anstrengung, aller Mühe und allem Neuen entziehen. (...)
>
> Dann will man ›freiwillig‹ in die Psychiatrie zurück, dorthin wo man sich heimisch fühlt, wo man hinter verschlossenen Türen den Tag verdöst und sich mit Hilfe von Medikamenten in ganz eigene Welten zurückziehen kann. Man wird entwöhnt und verlernt, selber zu leben, man lässt sich fallen und treiben, vegetiert dahin. Das einzige, was einem noch selbst gehört, sind Gedanken, obwohl diese wegen der Müdigkeit und des Gedämpftseins selten in Gang kommen. Man braucht als Kranker, als Kranke keine Verantwortung zu tragen, wie vorher für die Familie oder im Beruf, jetzt tut man es nicht einmal mehr für sich selbst. Man gilt als unzurechnungsfähig und als anstaltsbedürftig. Es wird einem kein selbstständiges Handeln und Denken mehr abverlangt. Man ist abgeschirmt von allen Problemen, vom Existenzkampf und von der Härte des Alltags. Man kann sich einfach ins Bett verkriechen und die Decke über den Kopf ziehen, um sich aus der Realität zu entfernen.
>
> Zudem wird der Körper mit Psychopharmaka betäubt, deren Wirkung und Dämpfung die Flucht aus der Wirklichkeit und dadurch das Weggetretensein noch erleichtern. Krankheitssymptome helfen und ge-

ben Schutz. Mit der Zeit aber fühlt mach sich hin- und hergerissen, will einerseits gesund sein und will endlich aus dem Dilemma heraus, andererseits macht die ›Normalität‹ gerade Angst.

Wer selbst wirklich *will*, auch die nötigen Unterstützungen und positiven Bedingungen der Umwelt entgegengebracht bekommt, wer außerdem das gesundheitliche Stadium dazu erreicht, der kann den Schritt schaffen, ein Leben aufzubauen, ohne wieder in einer Psychiatrie zu landen.« (ebd., S. 187-189)

Nichts überstürzen

So lautet auch der erste Ratschlag in den gesammelten Standardratschlägen im Schlusskapitel des Buches »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Lehmann, 2008). Er stammt vom Mediziner David Richman aus Berkeley, Kalifornien. Im Einzelnen hatte dieser ausgeführt und am Beispiel von Chlorpromazin erläutert, dem Neuroleptika-Prototyp:

»Wegen der häufig unangenehmen ›Nebenwirkungen‹ der Psychopharmaka hören die Betroffenen oft plötzlich bei der ersten sich bietenden Gelegenheit mit der Einnahme auf. Dies kann ernsthafte Entzugsprobleme verursachen. Abruptes Absetzen ist nicht der beste Weg, um von Psychopharmaka loszukommen.

Hört man mit der Einnahme auf, kann die Zeitspanne bis zum Auftreten von Entzugserscheinungen unterschiedlich sein. Manche Leute haben sie innerhalb von acht bis 24 Stunden, während sie bei anderen erst nach einigen Tagen oder ein oder zwei Wochen anfangen. Teilweise hängt dies davon ab, wie lange die Psychopharmaka eingenommen wurden und in welchen Mengen, denn die meisten dieser Substanzen sammeln sich im Körpergewebe in Form von Reservoirs an. Nimmt man die Psychopharmaka nicht mehr ein oder verringert man die Einnahme, wodurch der Psychopharmakaspiegel im Blut fällt, so werden diese gespeicherten Psychopharmaka allmählich in die Blutbahn abgegeben. Tests haben gezeigt, dass Psychopharmaka im Körper bzw. im Urin noch Monate nach Ende der Einnahme nachgewiesen werden können.

Ein anderer zu berücksichtigender Faktor ist, dass Psychopharmakawirkungen am intensivsten spürbar sind, wenn der Psychopharmakaspiegel im Blut steigt oder fällt. Je drastischer die Veränderungen, desto intensiver die Wirkungen. Wenn also der Blutspiegel stark und plötzlich ansteigt oder abfällt, ist es wahrscheinlicher, dass unangenehme Psychopharmakawirkungen zu spüren sind.

Psychopharmaka werden vom Körper verschieden schnell aufgespalten, neutralisiert und eliminiert. Dieser Faktor, den man ›Halbwertzeit‹ nennt, ist sehr wichtig. Psychopharmaka mit kurzen Halbwertzeiten, die also rasch abgebaut werden, führen zum schnelleren Abfall des Psychopharmakaspiegels im Blut und intensivieren Entzugserscheinungen. Diese beginnen eher und enden auch eher. Psychopharmaka mit längerer Halbwertzeit verursachen Entzugserscheinungen, die später zutage treten und länger anhalten.

Eine Anzahl weiterer Faktoren wirkt sich auf die Schwierigkeit des Entzugs aus: die Art des Psychopharmakons, die Dosierungshöhe und Einnahmedauer, der allgemeine Gesundheitszustand des Betroffenen, die innere Einstellung zum Entzug, die Qualität der Unterstützung während des Entzugs sowie

die Kenntnis des Entzugsprozesses mit seinen möglichen Symptomen und Problemen und die konkreten Maßnahmen zu ihrer Linderung.

Der beste Weg, Entzugsrisiken auf ein Minimum herunterzuschrauben, ist die allmähliche Dosisverringerung. Dies ist besonders wichtig, wenn das Psychopharmakon länger als ein oder zwei Monate verabreicht wurde. Wer geringe Dosen nur für kurze Zeit genommen hat (das heißt, ein paar Tage oder Wochen), wird vielleicht am liebsten die Einnahme der Psychopharmaka einfach stoppen.

Allmählicher und stufenweiser Entzug: die 10%-Formel

Wenn man diese Formel benutzt, wird der Entzug erreicht, indem man die Dosis stufenweise in aufeinanderfolgenden und entsprechend langen Schritten verringert. Wer über Jahre psychiatrische Psychopharmaka bekam oder eingenommen hat, kann damit rechnen, dass es viele Wochen oder sogar länger dauert, von ihnen vollständig loszukommen. Bei dem vorgeschlagenen Schema wird die Dosis um jeweils 10% der augenblicklichen Höhe in zehn aufeinander folgenden Stufen vermindert.

Bei einem Entzug von beispielsweise ursprünglich 500 mg Chlorpromazin pro Tag würde auf jeder Stufe die Einnahme um 50 mg verringert.

Stufe 1: Gehen Sie von 500 mg pro Tag auf 450 mg. Warten Sie mehrere Tage oder eine Woche, bis Sie frei von belastenden Entzugserscheinungen sind.

Stufe 2: Gehen Sie jetzt von 450 mg auf 400 mg und warten Sie wieder mehrere Tage oder eine Woche, bis Sie zurechtkommen.

Stufe 3: Gehen Sie dann von 400 mg auf 350 mg usw., bis Sie das Psychopharmakon vollständig abgesetzt haben.

Wenn Sie verteilte Dosen nehmen, das heißt, eine morgens, eine nachmittags und eine abends (das wird häufig getan), so gibt es mehrere Möglichkeiten, stufenweise abzusetzen. Sie könnten als erstes die Morgendosis verringern und absetzen, dann die Nachmittags- und schließlich als letzte die Abenddosis. Eine andere Möglichkeit wäre, die Morgendosis als erste Stufe um 50 mg zu verringern (wenn wir beim Beispiel mit Chlorpromazin bleiben), dann als zweite Stufe die Nachmittagsdosis um 50 mg, dann die Abenddosis um 50 mg als dritte Stufe, dann die Morgendosis um weitere 50 mg als vierte Stufe usw. bis zum kompletten Absetzen.

Haben Sie nach der Dosisverringerung Entzugserscheinungen, bleiben Sie bei der gleichen Dosis, bis sie abklingen oder verschwinden. Gehen Sie erst dann zum nächsten Schritt über. Als Alternative können Sie zur vorherigen Stufe (mit der höheren Dosis) zurückkehren, wo Sie besser zurechtkamen, und dort bleiben, bis Sie erneut zur nächsttieferen Stufe weitergehen.

Manchmal wird der erste Teil der Reduzierung keinerlei Probleme mit sich bringen. Aber dann, wenn viel niedrigere Dosen erreicht werden, tauchen Probleme auf. Zum Beispiel kann es schwierig sein, von 50 mg (wieder das Chlorpromazinbeispiel) auf 0 mg zu gehen. In diesem Fall könnten Sie die Verringerung so gestalten, dass Sie von 50 mg auf 40 mg gehen und dann auf 30 mg usw.

Wenn Sie diese stufenweise Methode anwenden, kann es notwendig sein, unterschiedliche Tablettenstärken zu benutzen oder Tabletten oder Kapseln zu zerschneiden. Tabletten mit harter Hülle lassen

sich nur schwer gleichmäßig teilen. Sie sind normalerweise markiert, das heißt, sie haben eine Kerbe in der Mitte, die es erleichtert, sie mit den Fingern zu halbieren oder zu vierteln. Kapseln sind schwieriger zu zerschneiden. Wenn sie mit Messer oder Rasierklinge halbiert werden, kommt der Inhalt heraus, und man muss den nicht benutzten Inhalt der Kapsel in einem Döschen aufbewahren.« (Network, 1984, S. 52ff.)

Kapseln enthalten nicht nur den psychopharmakologischen Wirkstoff, sondern auch Geschmacks- und Konservierungsstoffe. Da beim Zerteilen nicht gewährleistet ist, dass der eigentliche Wirkstoff gleichmäßig in den Pulverteilen enthalten ist, kann es ratsam sein, vor dem stufenweisen Entzug auf die Einnahme in Tabletten- oder Tropfenform umzusteigen.

Erhöhte Vorsicht ist auch beim Übergang von der letzten Minidosis auf Null geboten. Immer wieder meldeten sich in der Vergangenheit Psychiatriebetroffene zu Wort, deren in dieser Zeit besonders sensibles Nervensystem ihnen gerade dann einen Streich gespielt hat, als sie sich bereits am Ziel gewähnt hatten. Je stärker die Rezeptoren durch die Neuroleptika blockiert waren, desto stärker können naturgemäß Reboundsymptome auftreten, das heißt, gegenregulatorisch wirkende Anpassungsreaktionen, die zu einem verstärkten Wiederauftreten der ursprünglichen Symptomatik führen (Lehmann, 1996a, S. 405ff.).

Treffen die wiedergegebenen Ratschläge mehr oder weniger für alle psychiatrischen Psychopharmaka zu, ist bei einzelnen Psychopharmakagruppen dennoch auf Besonderheiten zu achten.

Tranquilizer

Wer die Wirkung von Tranquilizern, speziell Benzodiazepinen, lediglich lindern will, kann dies mit dem Konsum von Tee und Kaffee (Downing & Rickels, 1981; Jerram, 1984) oder Nikotin (Boston Collaborative Drug Surveillance Program, 1973) erreichen, wobei zu bedenken ist, dass diese Substanzen auch abhängig machen und in ihrer Wirkung auf das Herz und die sonstigen Organe, auch in Wechselwirkung mit Tranquilizern, kaum kalkulierbar sind und Nikotin zudem lungen- und zungenkrebsfördernd wirkt.

Tipps von Ärzten und Psychiatern, wie Tranquilizer am besten abzusetzen sind, beinhalten häufig den zweischneidigen Vorschlag, auf andere Psychopharmaka umzusteigen, lassen aber deren Abhängigkeitspotenzial fahrlässig außer Acht.

Christer Allgulander (1987) von der schwedischen Universitätsklinik Huddinge empfahl seinen Kollegen beispielsweise, mit Entgifteten einen sogenannten Behandlungsvertrag abzuschließen, der bei ›Erforderlichkeit‹ die Neuverabreichung von Tranquilizern oder die Gabe von Antidepressiva oder Neuroleptika erlauben soll. Die Wiederverabreichung von Tranquilizern zur Unterdrückung von Entzugserscheinungen wird häufig praktiziert, immerhin verschwinden die Symptome innerhalb weniger Minuten (Rufer, 2009, S. 52). Josef Schöpf von der Universitätsklinik Luzern erklärte: »Außer der Wiederverabreichung von Benzodiazepinen gibt es keine wirksame Behandlung des Entzugssyndroms.« (1985, S. 591) Möglich ist auch, dass nach dem Absetzen die ursprünglichen Konflikte wieder gespürt werden, was ebenfalls zur Wiederverabreichung der Psychopharmaka führen kann.

Ärzte und Psychiater empfehlen nicht nur mit zunehmender Tendenz, Neuroleptika als Tranquilizerersatz zu verordnen, zum Beispiel bei Schlafproblemen (Kemper et al., 1980), sie verabreichen diese – ebenfalls abhängig machenden – Substanzen auch zur Unterdrückung von Benzodiazepin-Entzugserscheinungen. Stefan Bender, der die Schicksale von 63 zwischen 1980 und 1982 in den Anstalten Sarpta (Bielefeld-Bethel) behandelten Menschen

publizierte, erwähnte eine Reihe von Beispielen, wie der Teufel (Benzodiazepin-Entzugserscheinungen) mit dem Beelzebub (Neuroleptika) ausgetrieben werden soll:

> »In nahezu allen Fällen der Kasuistik waren zur Prophylaxe oder Behandlung von Entzugserscheinungen niedrigpotente Neuroleptika verabreicht worden. Es muss konstatiert werden, dass damit das Auftreten von teilweise erheblichen Entzugserscheinungen nicht verhindert werden konnte. Die Gabe niedrigpotenter Neuroleptika halten wir für eine gute und notwendige therapeutische Hilfe bei Absetzen einer Benzodiazepin-Medikation...« (1986, S. 348)

Was die Frage des sinnvollen Absetzens von Tranquilizern, insbesondere Benzodiazepinen, betrifft, raten alle Mediziner bei der Möglichkeit, dass Entzugserscheinungen auftreten, zu einem schrittweisen Entzug (Haase, 1981; Schöpf, 1985). Aufgrund der teilweise lebensgefährlichen Entzugserscheinungen, speziell des Risikos von Krampfanfällen in den ersten Tagen nach dem Absetzen, sollen Benzodiazepine allmählich innerhalb eines mindestens einwöchigen Zeitraums auf Null reduziert werden, empfahl Richman (Network, 1984, S. 58). Allerdings dürfe auch das Ausschleichen selbst über einen längeren Zeitraum hinweg nicht als ausreichender Schutz vor Entzugserscheinungen angesehen werden (Bender, 1986, S. 348f.). Von einer speziellen stationären Vorgehensweise bei Diazepamabhängigkeit berichtete Ulrich Klotz vom Stuttgarter Margarete-Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie: nach einer anfänglichen Dosis von 40 % der ursprünglich eingenommenen Menge werde das Benzodiazepin jeden Tag um 10 % reduziert (Klotz, 1985, S. 68). Frank Tornatore von der University of Southern School of Pharmacy, Los Angeles, und Kollegen gaben ebenfalls konkrete Anweisungen:

> »Lassen Dosierung oder Einnahmedauer eines Benzodiazepinpräparates die Entwicklung einer Entzugssymptomatik während bzw. nach Absetzen befürchten, so empfiehlt sich besonders langsames Ausschleichen, etwa Dosisminderung um ca. 15 % alle drei bis vier Tage bei sorgfältiger klinischer Beobachtung. Unter diesen Bedingungen sind die Symptome in den meisten Fällen nur gering ausgeprägt und gut beherrschbar. Selten sind die Entzugserscheinungen so gravierend, dass intensivmedizinische Intervention erforderlich wird. Etwas umstritten scheint die Empfehlung, bei Gefahr von Entzugssymptomen ein Präparat mit kurzer oder mittellanger Halbwertzeit zunächst durch ein anderes mit längerer Halbwertzeit zu ersetzen und dieses anschließend langsam zu reduzieren. Bei Auftreten von Entzugserscheinungen muss – nach kurzfristiger Erhöhung der Dosis – noch behutsamer ausgeschlichen werden.« (1991, S. 157/159)

Manche Mediziner empfehlen zur Linderung von Entzugserscheinungen alternativ zu den abzusetzenden Benzodiazepinen gleichzeitig Beta-Rezeptorenblocker (deren Entzug ebenfalls Störsymptome nach sich ziehen kann) oder andere blutdrucksenkende Substanzen wie zum Beispiel Clonidin (ebd., S. 159). Da sich alles Mögliche mit Antiepileptika wie Carbamazepin oder Phenytoin dämpfen lässt, gibt man sie auch gegen Entzugserscheinungen (Kaendler & Volk, 1996), doch diese Substanzen können später ebenfalls Entzugsprobleme mit sich bringen.

Psychostimulanzien

Da ein Psychostimulans abhängig machen und der Entzug schwierig sein kann, ist ein allmähliches Absetzen unbedingt ratsam, auch bei Kindern. Richman erläuterte:

> »Amphetamine und Quasi-Amphetamine wie Ritalin sind abhängig machende Drogen, und der Entzug kann ernste Probleme mit sich bringen. Anders als bei Beruhigungsmitteln besteht beim Absetzen keine

> Gefahr lebensgefährlicher Krampfanfälle. Aber die plötzlich beendete Einnahme von Aufputschmitteln kann zu ernstzunehmenden Verzweiflungszuständen führen (manchmal mit suizidalen Ausmaßen), äußerster Angst und Entzugspsychosen. Deshalb ist ein stufenweiser Entzug unbedingt ratsam.« (Network, 1984, S. 58)

Stimmungsstabilisatoren / Phasenprophylaktika

Personen, die Carbamazepin und Neuroleptika gleichzeitig verabreicht bekamen und die nun das Antiepileptikum absetzen, müssen damit rechnen, dass die Neuroleptikakonzentration im Blut steigt. Dies beinhaltet ein erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle (Woggon, 1987) und ist für diejenigen von Bedeutung, die weiterhin Neuroleptika einnehmen, denn diese Psychopharmaka senken die Krampfschwelle, so dass vermehrt mit Krampfanfällen zu rechnen ist.

Ärzte und Psychiater warnen in aller Regel davor, Lithium abzusetzen, denn der Rückfall komme sofort. Der Psychiater Asmus Finzen zum Beispiel schrieb:

> »Der Schutz vorm Rückfall wird nicht nur erst nach monatelanger Lithiumeinnahme wirksam. Er erlischt nach Absetzen der Behandlung rasch.« (1990, S. 143)

Auch Stephan Schmidt und Waldemar Greil von der Universitätsklinik München meinten, nach dem Absetzen sei mit einem Rückfall zu rechnen, was logisch erscheint, denn neue Konfliktverarbeitungsstrategien – außer der ständigen oder jeweils raschen Einnahme psychotroper Substanzen – werden in der Psychiatrie in aller Regel nicht vermittelt. Aber die Psychiater äußerten sich auch für den Fall des Falles zum Wie eines sinnvollen Absetzens:

> »Es muss daher empfohlen werden, bei einem Absetzversuch nach mehrjähriger Lithiumtherapie, wenn möglich, die Dosis über Wochen, am besten über Monate, schrittweise zu reduzieren.« (1989, S. 279)

Richman verwies auf die pharmakologische Besonderheit des Lithium. Es sei ein Mineralsalz und keine organische Chemikalie wie all die anderen psychiatrischen Psychopharmaka. So komme sowohl ein abruptes Absetzen als auch, besonders bei Angst vor möglichen Entzugserscheinungen, ein langsamer Entzug in Betracht:

> »Obwohl es in der psychiatrischen Literatur keinerlei Berichte über ernstzunehmende Reaktionen beim Absetzen von Lithium gibt, zeigen persönliche Berichte, dass es Absetzprobleme wie Ausflippen, Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit und Reizbarkeit gegeben hat. Die beste Methode ist es, über einen mindestens zweiwöchigen Zeitraum langsam abzusetzen.« (Network, 1984, S. 58)

Möglicherweise sind nicht nur Wochen, sondern Monate nötig, um Absetzprobleme auszuschließen. Die US-amerikanische Feministin und Autorin Kate Millett ließ sich beispielsweise ein halbes Jahr Zeit und machte dabei gute Erfahrungen:

> »1988 nahm ich an meinem Geburtstag, dem 14. September, 600 mg statt wie sonst 900 mg und begab mich zum ersten Mal unter das therapeutische Niveau. Am 1. Januar reduzierte ich auf 300 mg und – die Iden des März herausfordernd – am 15. März ging ich das erste Mal seit sieben Jahren ins Bett, ohne Lithium genommen zu haben. Nichts geschah. Auch später nicht. (...) Zu meiner Überraschung war ich jetzt etwas geduldiger und entspannter, toleranter und offener und sogar in der Lage, mich wieder zu verlieben. (...) Die psychiatrische Diagnose, die sie mir aufgedrückt hatten, erklärt mich für psychotisch veranlagt und zur Manisch-Depressiven, die an wiederkehrenden Anfällen der ›affektiven

> Krankheit‹ zu leiden prädestiniert ist, es sei denn, sie ist auf prophylaktische Medikamente, sprich Lithium, eingestellt. Insgesamt 13 Jahre tötete ich meinen Verstand ab und lähmte mein Bewusstsein mit einem Arzneimittel, dessen Verordnung auf einem Trugschluss beruhte. Selbst ohne Berücksichtigung der möglichen Schäden durch die ›Nebenwirkungen‹ des Medikaments mag es ein schwacher Trost sein herauszufinden, dass man die ganze Zeit gesund war.« (1991, S. 310f.)

Antidepressiva

Psychiater wie Otto Benkert und Hanns Hippius warnen schon lange vor einer überfallartigen Überlastung des Organismus, der sich auf die ständige Antidepressivazufuhr einigermaßen eingestellt hat und nun bei verweigerter weiterer Zufuhr der Psychopharmaka rebellieren kann:

> »Schlagartiges Absetzen langfristig gegebener Antidepressiva soll immer vermieden werden. ›Absetzerscheinungen‹ mit Unruhe, Schweißausbrüchen, Nausea *(Übelkeit)*, Erbrechen und Schlafstörungen können die Folge sein.« (1980, S. 34)

Allgemein wird deshalb langsames Absetzen empfohlen (Network, 1984, S. 58), z. B. Ausschleichen über zwei bis vier Wochen (Shatan, 1966). Wer sich für abruptes Absetzen entschied und mit ernstzunehmenden Entzugserscheinungen konfrontiert ist, soll auf eine höhere, allerdings nicht unbedingt die ursprüngliche Dosis zurückgehen, so Tornatore und Kollegen, und dann allmählich ausschleichen; bei erneuten Entzugserscheinungen sei es ratsam, die Dosis noch einmal zu erhöhen und dann noch behutsamer zu reduzieren (Tornatore et al., 1991, S. 103). Unter Bezugnahme auf eine Publikation von John Kramer und Kollegen (1961) von der Psychiatrischen Klinik in Glen Oaks in New York City riet Janet Lawrence vom McLean Hospital in Belmont, Massachusetts, Ähnliches:

> »Keine Autoren liefern allgemeinverbindliche Anleitungen, wie schnell die Dosis zu drosseln ist, aber Kramer und Kollegen deuteten an, dass Symptome bei erwachsenen Patienten seltener sind, wenn man die Medikamente im Lauf von zwei Wochen ausschleicht. Ein längerer Absetzzeitraum kann bei Kindern nötig sein, um Entzugssymptome zu vermeiden.« (1985, S. 872)

Außer dem zwiespältigen Hilfsmittel, erneut Antidepressiva zu nehmen, um Entzugsreaktionen zu stoppen (Shatan, 1966), werden noch verschiedene chemische Substanzen genannt, vor allem anticholinergisch wirksame Substanzen wie Atropin (Wirkstoff der Tollkirsche) und Antiparkinsonmittel (Santos & McCurdy, 1980; Tornatore et al., 1991, S. 103). Risikoarme naturheilkundliche Mittel, wie sie die Berliner Naturheilpraktikerin Anna Ochsenknecht (1993) empfiehlt, finden kaum Erwähnung. Die Betroffenen müssen sich die Informationen meist selbst beschaffen.

Neuroleptika

In Zusammenhang mit einem Verdacht auf tardive Dyskinesie, das heißt, im Lauf der Verabreichung, beim Absetzen oder danach auftretende irreversible und mit einer Verkürzung der Lebenszeit einhergehende quälende Muskelstörungen, sprachen Tornatore und Kollegen von der Notwendigkeit der Dosisreduzierung. Auch sie rieten zur Geduld. Das Absetzen sollte,

> »... nicht zuletzt wegen der Gefahr von hirnorganischen Anfällen und von Entzugsdyskinesien, sehr vorsichtig geschehen, etwa schrittweise um monatlich jeweils ein Drittel der augenblicklichen Dosis.« (Tornatore et al., 1991, S. 49)

Psychiatrische Berichte, wonach Menschen, denen mindestens sechs Monate Chlorpromazin verabreicht worden war, bei langsamem Entzug weit besser zurechtkamen als bei abruptem (Winkelman, 1957), unterstützen solche Warnungen. Der US-amerikanische Psychiater Donald Klein und Kollegen empfahlen ein Tempo, das für viele erheblich zu schnell sein dürfte. Aber auch sie sprachen sich für ein stufenweises Absetzen aus in dem Fall, dass man die Psychopharmakabehandlung beenden wolle:

> »Dies gilt für alle psychotropen Wirkstoffe. Entzugssyndrome verschieden starker Intensität sind bei nahezu all diesen Wirkstoffen beschrieben worden, auch in Zusammenhang mit niedrigen Dosierungen, und bei abruptem Absetzen kann es zu subklinischen *(mit nur geringer Symptomatik auftretenden)* physiologischen Störungen kommen. Um sie zu vermeiden, ist es besser, die Dosis um ungefähr 10 % bis 25 % pro Tag zu verringern, wobei man bei höheren Tagesdosen langsamer vorgehen sollte. Eine genaue Beobachtung von Entzugssymptomen kann ein vorübergehendes Steigen oder ein Plateau (zeitlich begrenzte Beibehaltung einer momentanen Dosis im Verlauf des Absetzprozesses, P. L.) notwendig machen.« (1980, S. 38)

Die Verabreichung in Form von Depotspritzen und die gelegentliche parallele Einnahme von Antiparkinsonmitteln erfordern spezielle Überlegungen. Depotspritzen wirken zwei bis sechs Wochen, manchmal noch länger. Richman riet, einfach auf neue Spritzen zu verzichten, da die letzte Spritze nur allmählich in ihrer Wirkung nachlasse. In Abweichung von Richman empfahl sein Kollege Helmut Fexer (1987) aus München insbesondere bei Verabreichung von Depotneuroleptika über einen längeren Zeitraum, auch Depotspritzen in stufenweiser Dosierung zu reduzieren, das heißt, ml für ml. Wer den gelegentlich nervenaufreibenden Diskussionen mit den Verabreichern von Depotspritzen aus dem Weg gehen will, kann auch als erster Schritt auf Tabletten umsteigen, womit man sich besser auf das momentane Befinden einstellen könne.

Bei gleichzeitiger Einnahme eines Neuroleptikums und eines Antiparkinsonmittels riet Richman, zuerst das Neuroleptikum und erst anschließend das Antiparkinsonmittel abzusetzen:

> »Wenn Sie von dem Neuroleptikum vollkommen frei sind, gehen Sie während der nächsten zwei bis vier Wochen allmählich von dem Antiparkinsonmittel herunter. Dies kann der schwierigste und unangenehmste Teil des ganzen Entzugs sein.« (Network, 1984, S. 58)

Wer Antiparkinsonmittel gemeinsam mit Depotneuroleptika einnimmt, solle ebenfalls zuerst die Neuroleptika absetzen und die Antiparkinsonmittel noch ca. sechs Wochen weiternehmen. Danach können sie innerhalb von zwei Wochen schrittweise abgesetzt werden. Bei Entzugsproblemen solle man sie wieder einnehmen und den Entzug später in einem langsameren Tempo fortsetzen.

Um eine zu dramatische oder zu quälende Entwicklung zu vermeiden, wird allgemein ein schrittweises Absetzen der Antiparkinsonmittel empfohlen. Auch die vegetativen und psychischen Entzugserscheinungen können so gemildert werden. Roy Lacoursiere und Kollegen der Forschungsabteilung der Menninger Foundation in Topeka, Kansas, meinten:

> »Obwohl wir keine Daten haben, die dieses unterstützen, ist es wahrscheinlich, dass diese Entzugssymptome am besten durch schrittweisen – im Gegensatz zu abruptem – Entzug von Neuroleptika und Antiparkinsonmitteln zu handhaben sind, um dem Körper eine Chance zu geben, sich wieder an die veränderten physiologischen Mechanismen zu gewöhnen. Treten Symptome auf, können sie mit unterstützenden Maßnahmen wie Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Antaziden *(magensäurebindenden*

> *Mitteln)* behandelt werden. Die weitere Einnahme von Antiparkinsonmitteln schützt den Patienten manchmal vor Symptomen; wegen ihrer kürzeren Wirkdauer sind sie jedenfalls oft für ein paar Tage länger indiziert als die Neuroleptika.« (1976, S. 292f.)

Wenn man nur die Antiparkinsonmittel, nicht aber die Neuroleptika absetzen will, solle man versuchen, so der Berliner Psychiater Adolf Pietzcker,

> »... das Antiparkinsonmittel schrittweise und nicht schlagartig abzusetzen, um Entzugserscheinungen zu vermeiden. Bei einem gleichzeitigen Absetzversuch von Neuroleptika und Antiparkinsonmitteln sind die letzteren noch einige Tage länger zu geben, da wegen der längeren Halbwertzeiten der Neuroleptika auch nach dem Absetzen noch mit extrapyramidalen (*durch Störungen der Muskelspannung und des Bewegungsablaufs charakterisierte*) Nebenwirkungen zu rechnen ist.« (1987, S. 56)

Beim Absetzen lässt die abstumpfende Wirkung der Neuroleptika immer mehr nach, gleichzeitig können die von Neuroleptika verursachten Bewegungsstörungen und deren massive suizidale Eigenwirkung in den Vordergrund treten. Kommt die Sensibilität schneller zurück als die Suizidalität schwindet, dann sich die Suizidgefahr vorübergehend noch erhöhen. Beim Vorliegen neuroleptikabedingter Depressionen sollte man deshalb geeignete Vorkehrungen treffen, dieses Risiko einzuschätzen und Maßnahmen zu seiner Minimierung zu unternehmen.

Mittel zur Linderung von Neuroleptikawirkungen

Franz Kulhanek und Kollegen der Squibb/von Heyden GmbH München untersuchten bei Ratten den Einfluss von Kaffee- und Teekonsum auf die Aufnahme und Veränderung der Neuroleptika im Organismus und auf den zeitlichen Ablauf dieser Veränderung. Sie kamen zum Ergebnis, dass Kaffee den Höhepunkt der neuroleptikabedingten Parkinsonsymptome zeitlich hinausschiebt und diese Wirkung rascher sinken lässt. In Tee verabreichte Neuroleptika konnten einen nur noch stark verringerten Parkinsonismus auslösen, der dafür jedoch die doppelte Zeit anhielt. Je nach Neuroleptikamenge betrug die gesamte Wirkungsminderung bis zu 38 % (Kulhanek et al., 1980). Von der Veränderung der normalen Neuroleptikawirkungen durch Nikotin berichtete ein Psychiater der Universitätsanstalt Boston. Er hatte die Häufigkeitsrate chlorpromazinbedingter Schläfrigkeit unter 130 Nichtrauchern und Nichtraucherinnen, 201 leichten und 72 starken Zigarettenrauchern und -raucherinnen verglichen und kam zu folgendem Ergebnis:

> »Schläfrigkeit trat in jeweils 16 %, 11 % bzw. 3 % auf. Ein schnellerer Chlorpromazinstoffwechsel bei Zigarettenrauchern könnte diese Befunde erklären.« (Swett, 1974, S. 211)

Unbeabsichtigt empfahl Hans Kopera vom Pharmakologischen Institut der Universität Graz Psychiatriebetroffenen, die die Wirkung möglicherweise zwangsweise gegebener Phenothiazine und Butyrophenone, zweier Neuroleptikagruppen, abmildern wollen, kurz vor oder gleich nach der Verabreichung in ordentlicher Menge Fruchtsaft, Milch, schwarzen Tee oder schwarzen Kaffee zu konsumieren:

> »Phenothiazine und Butyrophenone werden in Fruchtsäften, Milch, Tee oder Kaffee teilweise in Form sehr schwer löslicher Verbindungen ausgefällt. (...) Durch diese Vorgänge wird die Absorption *(Aufnahme und Verteilung)* des Neuroleptikums vermindert und die Wirkung beeinträchtigt. Es empfiehlt sich, das Psychopharmakon und solche unverträglichen Stoffe nicht gleichzeitig, sondern im Abstand von wenigstens zwei Stunden zu nehmen. Pharmazeutisch inkompatibel sind Mischungen von Phe-

nothiazinen mit Hexobarbital (Barbiturat, P.L.), Heparin (blutgerinnungshemmender Wirkstoff, P.L.) und Penicillinen.« (1986, S. 30)

Ein schnellerer Abbau und damit eine Abschwächung der Wirkung werde auch von Barbituraten, Lithium, dem barbituratähnlichen Glutethimid, den Antibiotika Rifampicin, Doxycyclin und Griseofulvin, dem Rheumamittel Phenylbutazon, den Antiepileptika Phenytoin und Carbamazepin, Rauchen und eventuell Vitamin C bewirkt. Bestimmte Substanzen wie MAO-Hemmer, Antibabypillen und Schmerzmittel verlängern dagegen die Halbwertzeit und verstärken die pharmakodynamische Wirkung der Neuroleptika. Letztere wiederum hemmen den Abbauprozess trizyklischer Antidepressiva, so Kopera.

Vom Neuropsychopharmakologischen Laboratorium der Yale University School of Medicine in New Haven, Connecticut, stammen Berichte, dass sich der Zustand unter Neuroleptika erträglicher gestalten lässt, wenn man Spezialextrakte aus den Ginkgoblättern einnimmt; diese helfen die Durchblutung und somit die Leistung des Gehirns verbessern und lindern Störungen der Muskelspannung und des Bewegungsablaufs (Zhang et al., 2011, 2001).

Manche Psychiatriebetroffene meinen, mit bestimmten pharmakologischen Wirkstoffen die Wirkungen der Neuroleptika aufheben zu können. Die Idee ist so verführerisch wie irreführend. Der Einsatz von Antiparkinsonmitteln ist hierfür nur ein Beispiel. Psychiater selbst waren es, die auch andere Mittel ausprobierten. Zum Beispiel setzte man bei Neuroleptikabehandelten probeweise zusätzlich LSD ein, womit deren gestörter Hirnrhythmus weitgehend normalisieren konnte; auch die Motorik der Betroffenen wurde lebhafter (Freyhan, 1957).

Den Versuch, zur Linderung von Parkinson- und Veitstanzsymptomen anstelle von Antiparkinsonmitteln das Vitamin-B_6-Mangel-Präparat Benadon (Wirkstoff Pyridoxin) einzusetzen, unternahm ein Psychiater der Berliner Bonhoeffer-Anstalt. Nach seiner Erfahrung sei der Wert der zusätzlichen Benadonbehandlung zwar nicht gesichert (was angesichts der fortgesetzten Neuroleptikaverabreichung wenig überrascht); andererseits sei Benadon ein harmloses Mittel, das keine Schäden verursache, auch wenn es hochdosiert eingenommen werde.

Der Mensch und sein Organismus dürfen jedoch nicht als eindimensionale Mechanik verstanden werden, auf die beliebig multipel und pharmakologisch entgegengesetzt eingewirkt werden kann, ohne dass der Organismus Schaden erleidet. Wie sich an Versuchen an Kaninchen in den Laboren der Schweizer Sandoz AG zeigte, ruft LSD verschiedene vegetative Störungen hervor, zum Beispiel Temperaturanstieg, Erhöhung des Blutzuckerspiegels, Pulsbeschleunigung und abnorme Vermehrung der weißen Blutkörperchen (Rothlin et al., 1956) – Störungen, die auch von Neuroleptika bewirkt werden und die sich bei gleichzeitiger Einnahme von Neuroleptika und LSD potenzieren würden. Die gesundheitlichen Risiken erhöhten sich unnötig und unberechenbar. Wer sich auf dem illegalen Markt reines LSD besorgen kann, dürfte auch in der Lage sein, sich der unerwünschten Verabreichung von Neuroleptika zu entziehen oder diese abzusetzen.

Wer – wie oft angeraten – beim Absetzen von Neuroleptika auf möglicherweise nervös machende Substanzen wie Kaffee oder schwarzen Tee verzichtet, diese Substanzen jedoch bisher eingenommen hat, sollte einkalkulieren, dass dadurch Höhepunkt der neuroleptikabedingten Parkinsonsymptome zeitlich näher rückt und diese Wirkung weniger rasch sinkt bzw. der ausgelöste Parkinsonismus verstärkt wird, dafür allerdings nicht mehr so lange anhält.

Kombinationen

Wie Kombinationen unterschiedlicher Neuroleptika abgesetzt werden, ist ein Thema, das Psychiater eher nicht ansprechen. Einzig Volkmar Aderhold äußerte sich hierzu schriftlich:

> „Bei mehreren Medikamenten sollte immer nur eine Substanz reduziert werden und mit der begonnen werden, auf die vermutlich am leichtesten verzichtet werden kann.“ (2009, S. 65)

Offenbar denken die Verabreichenden nicht im Traum daran, dass Betroffene von solchen Mischungen möglicherweise wieder herunterkommen oder therapeutische Hilfe dabei wollen. Einzelne Studien, die den Übergang von sogenannter Polypharmazie auf wenigstens nur noch ein Neuroleptikum untersuchen (Suzuki et al., 2003, 2004), sind die Ausnahme. Da bisher keine Erfahrungen zu diesem Thema publiziert wurden, sind die folgenden Empfehlungen lediglich als bisher ungesicherte Vorschläge und eine Möglichkeit unter anderen zu bewerten. Manche Mediziner empfehlen, grundsätzlich als erstes das Mittel abzusetzen, das die unangenehmste Wirkung hat bzw. auf das aus psychiatrischer Sicht am leichtesten verzichtet werden kann. Da diese Wirkungen sowie die Frage der Verzichtbarkeit subjektiv unterschiedlich empfunden werden, sind starre Absetzvorschläge nicht angebracht.

Wer Kombinationen von **hoch- und niederpotenten Neuroleptika** absetzen will, tut vermutlich am besten daran, zuerst das hochpotente und dann erst das niederpotente (meist dämpfende) Neuroleptikum wegzulassen. Ist das höherpotente abgesetzt, wird das niederpotente, sofern es keine Schlafstörungen bewirkt, zuerst tagsüber nicht mehr eingenommen. Erst mit der Zeit kann es auch abends weggelassen werden. Bei längerer Einnahme ist ein schrittweiser Entzug dringend angeraten. Sollten mit der Einnahme Einschlafstörungen verbunden sein, empfiehlt es sich gegebenenfalls, das Psychopharmakon zuerst abends und zuletzt tagsüber wegzulassen. Bei zu großer Müdigkeit während des Tages kann es ratsam sein, das Psychopharmakon zuerst tagsüber und zuletzt abends wegzulassen. Dieselbe Empfehlung gilt bei der **Kombination von herkömmlichen höherpotenten Neuroleptika und sogenannten atypischen Neuroleptika**. Hier wäre es angeraten, zuerst das Fluanxol absetzen; beide Substanzen gleichmäßig abzusetzen wäre jedoch auch möglich.

Wer auf die weitere Einnahme von **Neuroleptika-Antidepressiva-Kombinationen** verzichten will, kann zuerst das Neuroleptikum und dann das Antidepressivum weglassen. Aber die umgekehrte Reihenfolge kann ebenfalls sinnvoll sein. Bei längerer Einnahme ist auch hier ein schrittweiser Entzug dringend angeraten.

Wer sich entschlossen hat, eine **Neuroleptika-Tranquilizer-Kombination** abzusetzen, kann zuerst eine Zeitlang parallel und dann den Tranquilizer auf Null reduzieren. Falls bei dieser Phase starke Entzugserscheinungen auftreten, werden diese durch die noch einige Zeit weiter genommenen Neuroleptika vermutlich gedämpft. Nach dem Abklingen der Tranquilizer-Entzugserscheinungen können die Neuroleptika ebenfalls – eventuell schrittweise – völlig abgesetzt werden. Wer zuerst das Neuroleptikum vollständig absetzt und den Tranquilizer noch einige Zeit einnimmt, kann mit dessen Wirkung mögliche Neuroleptika-Entzugserscheinungen unterdrücken.

Wer sich entschieden hat, eine **Neuroleptika-Lithium-Kombination** abzusetzen, sollte vermutlich zuerst die Neuroleptika – eventuell schrittweise – weglassen und dann das Lithium ausschleichen.

Wer **Kombinationen aus Antidepressiva und Tranquilizern** weglassen will, kann zuerst die Antidepressiva und dann die Tranquilizer absetzen. Auch die andere Reihenfolge kann angebracht sein. Bei längerer Einnahme ist ein schrittweiser Entzug dringend angeraten.

Ehud Klein und Kollegen des National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland, teilten mit, dass sie beim Absetzen des Benzodiazepins Alprazolam Carbamazepin einsetzten, um die Entzugserscheinungen zu minimieren (Klein et al., 1986). Diese Erfahrungen legen nahe, bei **Benzodiazepin-Carbamazepin-Kombinationen** erst die Tranquilizer abzusetzen und als zweiten Schritt das Antiepileptikum.

Leben ohne Psychopharmaka

Wenn der Körper die psychiatrischen Psychopharmaka schließlich abgebaut hat und der Organismus entgiftet ist, wird nach Lage der Dinge die frühere Lebenskraft wieder zum Vorschein kommen. Allerdings hat der Glaube, dass ein Aufenthalt in der Anstalt oder der Gang zum Psychiater oder Arzt Zufall oder ein Missgeschick gewesen sein könnte, schon viele Leute dazu verlockt, auch die für die Behandlung ursächlichen unangenehmen Gedanken und Gefühle rasch wieder zu verdrängen. Dies ist nicht ungefährlich.

Wem die psychiatrische Behandlung aufgezwungen oder aufgenötigt wurde, sollte sich fragen, wie das Leben in der Weise verändert werden kann, dass der vermutlich noch vorhandene Angstdruck abgebaut werden kann. Wer die Verabreichung von Psychopharmaka mehr oder weniger freiwillig angestrebt hatte, sollte sich fragen, ob er oder sie das, was ursprünglich gewollt war – vielleicht Ruhe, Entlastung, Aufmerksamkeit, Zuwendung, Verständnis und Anerkennung – tatsächlich erreichte. War das Erleben dieser an und für sich wertvollen Erfahrungen der eigentliche Zweck der psychiatrischen Behandlung, kann die Frage gestellt werden, ob es nicht Wege gibt, diese Ziele zu erreichen, ohne dass der Körper toxischen Chemikalien ausgesetzt wird.

Die Psychologin Doris Latta der Beratungsstelle ›Schwindel-Frei‹ für medikamentenabhängige Frauen in Berlin sprach in einem Zeitungsinterview die schwere Krise an, die erst nach dem harten Entzug komme:

> »Clean sein bedeutet Konfrontation mit dir selbst. Mit dem, was du durch die Tabletten verdecken und nicht mehr spüren wolltest. Es heißt, dein Leben zu verändern.« (zitiert nach: »Edelabhängigkeit«, 1993)

Da auch Monate oder Jahre nach dem Entzug ein erneutes Aufbrechen psychischer Probleme möglich ist, könne es laut Berichten von Betroffenen – trotz der auch bei einmaliger Einnahme von Psychopharmaka vorhandenen Risiken und zwecks Vermeidung eines größeren Übels wie zum Beispiel einer Anstaltsunterbringung – hilfreich sein, eine einzige kleine Dosis eines Psychopharmakons einzunehmen, um rasch zur Ruhe zu kommen, denn diese wirkt enorm auf den mittlerweile entgifteten Körper. Um Schlafstörungen in den Griff zu bekommen, die oft am Anfang schwerer psychischer Krisen stehen, empfiehlt der Heilpraktiker Gerhard Leibold, vorübergehend zur Not auf Benzodiazepine zurückzugreifen: auf Benzodiazepine mit kurzer Halbwertzeit (wie Brotizolam, Midazolam oder Triazolam bei Einschlafstörungen, bei mittellang wirksamen Benzodiazepinen (wie Bromazepam, Lorazepam oder Oxazepam bei Durchschlafstörungen oder auf Benzodiazepine mit langer Halbwertzeit (wie Clobazam, Diazepam oder Medazepam, wenn nicht nur Schlafstörungen behandelt, sondern auch am Tag beruhigende Wirkungen erzielt werden sollen (2001, S. 89).

> Der Glaube, einzig die ›bösen anderen‹ (Nachbarinnen und Nachbarn, Ehemann, Ehefrau, Eltern, Hausarzt, Psychiater, Polizei, Sozialpsychiatrischer Dienst usw.) oder die ›psychische Krankheit‹ (Stoffwechselstörung, genetische Disposition, Vulnerabilität usw.) habe zur Verabreichung der Psychopharmaka geführt, erschwert es oder macht es sogar unmöglich, das Leben nach dem Absetzen wieder

> selbstverantwortlich und aktiv zu gestalten, da mit diesen Schuldzuweisungen der eigene Anteil am Zustandekommen der Entwicklung negiert wird. (Sind die psychischen Probleme, die zur Einnahme von Psychopharmaka geführt haben, tatsächlich organisch begründet – eine Vielzahl von Stoffwechselstörungen, Organerkrankungen oder auch Alltagsgiften bewirken bekanntlich psychische Probleme –, so finden sie biologisch orientierte Psychiater nicht, da sie in aller Regel nicht nach solchen Ursachen suchen.) Psychische Krisen – wie körperliche auch, zum Beispiel Herzinfarkte – bieten die Chance der Veränderung, ja fordern sie geradezu. Hierzu gehört die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, sei es im Zwiegespräch mit sich selbst, sei es in der Selbsthilfegruppe, im Kontakt mit Nahestehenden, bei Therapeuten und Therapeutinnen, sofern diese frei von psychiatrischen Glaubensvorstellungen und Machtgelüsten sind.

Marc Rufer, in dessen Praxis viele absetzwillige Psychopharmakakonsumentinnen und -konsumenten kamen, appellierte an Professionelle, die Betroffenen bei der Verarbeitung ihrer Geschichte zu unterstützen:

> »Der Betroffene selbst muss verstehen, was mit ihm geschah, was er erlebte, wieso er so und nicht anders reagierte. Wo ist das Problem, wie hat es sich entwickelt, wo war die Auslösung der Verschlimmerung, die zur Hilfebedürftigkeit, zur Auffälligkeit führte? Es ist lebenswichtig, dass auf dieses Thema ganz bewusst und möglichst eingehend eingegangen wird. Was ist passiert? Wer ist beteiligt? Geht es um die Schule, die Arbeit, die Eltern, die Partnerschaft, die Sexualität, geht es um Eifersucht, Abhängigkeit, Sucht? Geht es um eine Leistungsproblematik bzw. das Gefühl, die Angst oder die Gewissheit, leistungsmäßig nicht zu genügen und die Forderungen und Erwartungen der Eltern, Lehrer und Beziehungspartner nicht erfüllen zu können? Geht es um die Angst, Examen nicht zu bestehen, nicht genug zu verdienen, in der Sexualität nicht zu genügen? Geht es ums Erwachsenwerden, um die Ablösung eines Kindes vom Elternhaus? Geht es um Vereinsamung, um die Unmöglichkeit, auf andere Menschen zuzugehen, mit anderen Menschen Beziehungen zu haben und zu pflegen? Das sind Fragen, die uns alle quälen können, und, wenn sie zunehmen, wenn sie lange ungelöst weiterbestehen, dann können sie eben auch ursächlich Verrücktheitszustände auslösen.
>
> Wo ist der heikle Punkt, der die unheilvolle Entwicklung bedingte? Dies alles ist zu klären mit dem wesentlichen Ziel der Selbstständigkeit und des Wissens: ›Ich kann von jetzt an derartige Entwicklungen vermeiden. Ich selbst habe das in der Hand, ich selbst. Ich brauche dazu keinen Arzt, keine Medikamente, keine Anstalt.‹« (1990)

Anmerkung

Die Übersetzungen aus dem Englischen sowie die Erläuterungen in kursiven Klammen stammen vom Autor.

Quellen

Aderhold, Volkmar: „Zur Notwendigkeit und Möglichkeit minimaler Anwendung von Neuroleptika“, in: Bezirksamt Altona, Fachamt für Hilfen nach dem Betreuungsgesetz / Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hg.): „Rechtliche Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dokumentation der Tagungen in 2007 und 2008“, Hamburg: Senat der Freien und Hansestadt Hamburg 2009, S. 50-92

Allgulander, Christer: »Prävention und Therapie der primären Medikamentenabhängigkeit«, in: Karl Peter Kisker et al. (Hg.): »Psychiatrie der Gegenwart«, Bd. 3, 3. Aufl., Berlin usw.: Springer 1987, S. 425-440

Baldessarini, Ross J. / Viguera, Adele C.: „Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients“, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 52 (1995), Nr. 3, S. 189-192

Bender, Stefan: »Das klinische Bild des Benzodiazepin-Mißbrauchs«, Konstanz: Hartung-Gorre 1986

Benkert, Otto / Hippius, Hanns: »Psychiatrische Pharmakotherapie«, 3., völlig neubearb. Aufl., Berlin / Heidelberg / New York: Springer 1980

Boston Collaborative Drug Surveillance Program: »Clinical depression of the central nervous system due to diazepam and chlordiazepoxide in relation to cigarette smoking and age«, in: New England Journal of Medicine, Vol. 288 (1973), Nr. 6, S. 277-280

Downing, Robert W. / Rickels, Karl: »Coffee consumption, cigarette smoking and reporting of drowsiness in anxious patients treated with benzodiazepines or placebo«, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 64 (1981), S. 398-408

»Edelabhängigkeit auf Rezept«, in: Tageszeitung (Berlin) vom 29. Juni 1993, S. 24

Fexer, Helmut: Persönliche Mitteilung, 1987

Finzen, Asmus: »Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen«, 8., überarb. und erw. Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag 1990

Freyhan, Fritz A.: »Psychomotilität, extra-pyramidale Syndrome und Wirkungsweisen neuroleptischer Therapien«, in: Nervenarzt, 28. Jg. (1957), Nr. 11, S. 504-509

Gottdiener, William / Haslam, N.: „Efficacy of individual psychotherapy for schizophrenia: A meta-analysis“, in: Ethical Human Sciences and Services, Vol. 4 (2002), S. 660-687; dt. in T. Müller & N. Matajek: „Empirische Forschung in der Psychosentherapie“, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2007

Green, A. L. et al.: „Neuroleptic dose reduction studies: Clinical and neuroendocrine effects“, presented to the 31st annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, San Juan, Puerto Rico, December 14-18, 1992

Greil, Waldemar / Schmidt, Stephan: »Absetzsyndrome bei Antidepressiva, Neuroleptika und Lithium«, in: Helmchen, Hanfried / Hippius, Hanns (Hg.): »Psychiatrie für die Praxis«, Bd. 9, München: MMV Medizin-Verlag 1989, S. 272-281

Greve, Niels / Diekmann, Barbara / Osterfeld, Margret: »Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika«, in: Psychosoziale Umschau, 20. Jg. (2005), Nr. 3, S. 21-22

Greve, Niels / Osterfeld, Margret / Diekmann, Barbara: »Umgang mit Psychopharmaka – Ein Patienten-Ratgeber«, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2006

Haase, Hans-Joachim / Linde, Otfried K.: »Therapeutische Aspekte zur Anwendung von Benzodiazepinen als Tranquilizer«, in: Psycho, Bd. 7 (1981), Nr. 4, S. 245-251

Jerram, T.: »Hypnotics and sedatives«, in: Maurice Nelson Graham Dukes (Hg.): »Meyler's side effects of drugs«, 10. Aufl., Amsterdam / New York / Oxford: Elsevier 1984, S. 81-94

Kaendler, Stefan H. / Volk, Stefan / Pflug, Burkhard: »Benzodiazepinentzug mit Carbamazepin«, in: Nervenarzt 67. Jg. (1996), Nr. 5, S. 381-386

Kemper, N. / Poser, Wolfgang / Poser, Sigrid: »Benzodiazepin-Abhängigkeit«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 105. Jg. (1980), Nr. 49, S. 1707-1712

Klein, Donald F. et al.: »Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: Adults and children«, 2., überarb. Aufl., Baltimore / London: Williams & Wilkins 1980

Klein, Ehud / Ude, Thomas W. / Post, Robert M.: »Preliminary evidence for the utility of carbamazepine in alprazolam withdrawal«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 143 (1986), Nr. 2, S. 235-236

Klotz, Ulrich: »Tranquillantien«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1985

Kopera, Hans: »Interferenzen und Störwirkungen von Psychopharmaka und anderen Medikamenten«, in: Hartmann Hinterhuber / Harald Schubert / Franz Kulhanek (Hg.): »Seiteneffekte und Störwirkungen der Psychopharmaka«, Stuttgart / New York: Schattauer 1986, S. 29-42

Kramer, John C. / Klein, Donald F. / Fink, Max: »Withdrawal symptoms following discontinuation of imipramine therapy«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 118 (1961), Nr. 6, S. 549-550

Kulhanek, Franz et al.: »Zur Interaktion von Kaffee- und Teeinfusen mit Neuroleptika«, in: Deutsche Apotheker Zeitung, 120. Jg. (1980), Nr. 38, S. 1771-1777

Lacoursiere, Roy B. / Spohn, Herbert E. / Thompson, Karen: »Medical effects of abrupt neuroleptic withdrawal«, in: Comprehensive Psychiatry, Vol. 17 (1976), Nr. 2, S. 285-294

Lawrence, Janet M.: »Reactions to withdrawal of antidepressants, antiparkinsonian drugs, and lithium«, in: Psychosomatics, Vol. 26 (1985), Nr. 11, S. 869-877

Lehmann, Peter: »Abhängigkeit und Entzug«, in: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1996(a), S. 353-456

Lehmann, Peter: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1996(b)

Lehmann, Peter (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 3., aktual. und erweit. Aufl., Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2008

Leibold, Gerhard: »Schlafstörungen. Ursachen, Vorbeugung, ganzheitliche Therapie«, Zürich: Oesch 2001

Martensson, Lars: »Sollen Neuroleptika verboten werden?«, in: Pro Mente Sana Aktuell, 1988, Nr. 3, S. 3-15

Millett, Kate: »The loony-bin trip«, New York usw.: Virago Press 1991

Network Against Psychiatric Assault (Hg.): »Dr. Caligari's psychiatric drugs«, Berkeley: Selbstverlag 1984

Ochsenknecht, Anna: »Die seelische Balance – Pflanzenheilkundliche Unterstützung bei psychischen Problemen und beim Entzug von Psychopharmaka«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1993, S. 82-94

Pietzcker, Adolf: »Neuroleptische Langzeitmedikation in der ambulanten Behandlung schizophren Kranker«, Promonta Schriften 8, Hamburg: Promonta 1987

Rathbone, John et al.: „Chinese herbal medicine for schizophrenia: Cochrane systematic review of randomised trials“, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 190 (2007), Nr. 5, S. 379-384

Rathbone, John et al.: „Chinese herbal medicine for schizophrenia“, in: Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Oct 19;(4):CD003444

Rothlin, Ernst et al.: »Zentrale vegetative LSD-Effekte«, in: Experimentia, Vol. 12 (1956), Nr. 4, S. 154-155

Rufer, Marc: »Irrsinn Psychiatrie«, 4. Aufl., Oberhofen am Thunersee: Zytglogge 2009

Rufer, Marc: »Psychopharmaka und Angstbehandlung«, in: Pro Mente Sana Aktuell, 1996, Nr. 1, S. 24-27

Rufer, Marc: »Unterstützung bei Ver-rücktheitszuständen und beim Entzug psychiatrischer Psychopharmaka«, Vortrag beim Kongress »Alternativen zur Psychiatrie«, veranstaltet vom Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen und vom Netzwerk Arche, Berlin, 19.-21. Oktober 1990

Santos, Alberto B. / McCurdy, Layton: »Delirium after abrupt withdrawal from doxepin«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 137 (1980), Nr. 2, S. 239-240

Schöpf, Josef: »Physische Abhängigkeit bei Benzodiazepin-Langzeitbehandlungen«, in: Nervenarzt, 56. Jg. (1985), Nr. 11, S. 585-592

Seeler, Wolfgang: Diskussionsbemerkung in: Hanns Hippius / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed 1983, S. 140

Seeman, Philip / Tallerico, T.: „Rapid release of antipsychotic drugs from dopamine D2 receptors: an explanation for low receptor occupancy and early clinical relapse upon withdrawal of clozapine or quetiapine“, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 156 (1999), Nr. 6, S. 876-884

Shatan, Chaim: »Withdrawal symptoms after abrupt termination of imipramine«, in: Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 11 (1966), Suppl., S. 150-158

Stein, Vera: »Abwesenheitswelten. Meine Wege durch die Psychiatrie«, 3. Aufl., Tübingen: Narr Francke Attempto 2005

Suzuki, Takefumi et al.: „Reducing the dose of antipsychotic medications for those who had been treated with high-dose antipsychotic polypharmacy: An open study of dose reduction for chronic schizophrenia“, in: International Clinical Psychopharmacology, Vol. 18 (2003), Nr. 6, S. 323-329

Suzuki, Takefumi et al.: „Revising polypharmacy to a single antipsychotic regimen for patients with chronic schizophrenia“, in: International Journal of Neuropsychopharmacology, Vol. 7 (2004), Nr. 2, S. 133-143

Swett, Chester: »Drowsiness due to chlorpromazine in relation to cigarette smoking«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 31 (1974), Nr. 2, S. 211-213

Tornatore, Frank L. et al.: »Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka«, Stuttgart / New York: Thieme 1991

Viguera, Adele C. et al.: „Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment“, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 54 (1997), Nr. 1, S. 49-55

Winkelman, N. William: »An appraisal of chlorpromazine«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 113 (1957), Nr. 11, S. 961-971

Woggon, Brigitte: »Psychopharmakotherapie affektiver Psychosen«, in: Karl Peter Kisker (Hg.): »Psychiatrie der Gegenwart«, Bd. 5, Heidelberg usw.: Springer 1987, S. 274-325

Zhang, Xiang Yang et al.: „A double-blind, placebo-controlled trial of extract of ginkgo biloba added to haloperidol in treatment-resistant patients with schizophrenia“, in: Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 62 (2002), Nr. 11, S. 878-883

Zhang, Xiang Yang et al.: „The effect of extract of ginkgo biloba added to haloperidol on superoxide dismutase in inpatients with chronic schizophrenia“, in: Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol. 21 (2001), Nr. 1, S. 85-88

Kontakt: www.peter-lehmann.de

Copyright 2011 by Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten