

Psychopharmaka absetzen – warum, wann und wie

Im Rahmen der DGSP-Jahrestagung 2014 in Bremen organisierten Asmus Finzen und Peter Lehmann ein Symposium, für dessen inhaltliche Ausrichtung sie verantwortlich zeichneten: »Psychopharmaka absetzen – warum, wann und wie«. Die Podiumsteilnehmer des Symposiums haben ihren dort gehaltenen jeweiligen Beitrag für »Soziale Psychiatrie« zusammengefasst.* **VON ASMUS FINZEN, PETER LEHMANN, MARGRET OSTERFELD, HILDE SCHÄDLE-DEININGER, ANNA EMMANOUELIDOU UND THEODOR ITTEN**

Die gesundheitlichen Risiken psychiatriischer Psychopharmaka (Defizit-Syndrom, metabolisches Syndrom, tardive Dyskinesien, erhöhte Apoptose und erhöhte Sterblichkeit vor allem bei Neuroleptika bzw. Verabreichung von Kombinationen) nehmen im Verlauf der Einnahme stetig zu. Die Hälfte aller Psychiatriepatienten entscheidet sich, die ärztlich verordneten Psychopharmaka von sich aus abzusetzen. Rezeptorenveränderungen, Entzugs-, Rebound- und Supersensitivitätssymptome bei allen Arten von Psychopharmaka machen das Absetzen oft zum Problem, insbesondere wenn die Betroffenen die Risiken beim zu schnellen Absetzen nicht kennen. Aber auch für die Mehrzahl psychiatrisch Tätiger stellen Absetzwünsche und -probleme Herausforderungen dar, denen sie bisher nicht gewachsen sind, fehlt es doch an Kenntnissen, wie Entzugsprobleme gemindert werden können.

Psychopharmaka würden gedankenlos, in paternalistischer Manier und oft unnötig gegeben, um eine nicht identifizierbare »Krankheit« zu heilen, schrieb Loren Mosher. In der Eile, »etwas zu tun«, missachte man den hippokratischen Eid (in erster Linie keinen Schaden zufügen). Doch Ärzte seien nur Doktoren der Medizin, keine Medizingötter, und im Gegensatz zu richtigen Göttern müssten sie sich für ihre Taten zur Rechenschaft ziehen lassen (Mosher 2013).

Insbesondere die handelsüblichen Kaskaden von Psychopharmakakombinationen erfordern viel Umsicht beim Absetzen. Nonchalantes Wegschauen ist üblich, aber keine Lösung. Es wird Zeit, Ärzte zur Rechenschaft zu ziehen, die ihre Patienten im Stich lassen und weggeschicken, wenn sie absetzen wollen. Ebenso muss erfahrungsbasiertes Wissen, wie Psychopharmaka abgesetzt werden können, ohne gleich wieder im Behandlungszimmer des Arztes oder in der Klinik zu landen, systematisch gesammelt und erweitert werden. Es soll zur Aus- und Fortbildung im psychosozialen Bereich und in Selbsthilfegruppen verwendet und den Betroffenen und ihren unterstützungswilligen Angehörigen zur Verfügung gestellt werden.

PETER LEHMANN, ASMUS FINZEN

Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht

Man mag es für merkwürdig halten, wenn ein Arzt sich über das Absetzen von Psychopharmaka auslässt. Seine Aufgabe ist es doch, Medikamente zu verordnen. Ärzte lernen das. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. In Zeiten, in denen die Langzeitmedikation nicht nur in der Psychiatrie bei vielen Krankheiten (Blutdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes) zur Regel geworden ist, ist das ein Mangel. Und nicht ganz selten ist es fragwürdig, ob eine langzeitige Medikamentenbehandlung wirklich geboten ist. Insbesondere in der Psychiatrie kommen immer wieder Zweifel auf, die allerdings häufiger von Behandelten als von Behandelnden artikuliert werden. Viele Patienten machen die Erfahrung, dass ihre Ärzte nicht auf ihre Klagen und Wünsche hören, wenn sie meinen, man könne es doch auch einmal ohne Medikamente versuchen.

Ich will an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wann und wie lange Psychopharmaka unter welchen Bedingungen notwendig sind oder nicht. Hier geht es darum, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen. Behandelnde Ärzte reagieren darauf immer noch allzu häufig verstockt. Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langzeitig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist. Er kann ihm davon abraten. Er ist sogar verpflichtet, aufgrund seiner beruflichen Erfahrungen den Patienten darüber aufzuklären, welche Risiken dieser durch den Verzicht auf seine Medikamente auf sich nimmt. Der Patient entscheidet. Wenn der Arzt ihn beraten hat, ist der Patient frei, auch Entscheidungen zu treffen, die der Arzt für unklug hält. Selbst wenn die Entscheidung »dumm« ist, kann der Arzt letzten Endes nichts tun, als ihm dabei zu helfen, dass er dabei keinen Schaden



Asmus Finzen

nimmt. Der Patient nimmt dann die Risiken, die damit verbunden sind, in Kauf. Der Arzt kann dazu beitragen, diese zu vermindern, indem er die Phase des Absetzens begleitet, um auf diese Weise unnötige Risiken zu minimieren. Denn jeder, der länger Medikamente, insbesondere Psychopharmaka, eingenommen hat, sollte unbedingt vermeiden, von heute auf morgen mit der Einnahme aufzuhören. Es bedarf einer Strategie der allmählichen Dosisreduktion, bis schließlich nach Wochen bis Monaten ganz auf die Medikamente verzichtet werden kann. Den Plan dazu sollte der Patient gemeinsam mit seinem behandelnden Arzt ausarbeiten können. Selbst wenn dieser mit seiner Warnung recht hat, kann das Ergebnis eines Absetzversuches sinnvoll und fruchtbar sein. Er kann die Voraussetzung dafür sein, im Gespräch über die künftige Behandlung ein gemeinsames Konzept zwischen Arzt und Patient zu entwickeln. ■

ASMUS FINZEN

Psychopharmaka absetzen, um alt zu werden

Schon ab Mitte der 1950er-Jahre wiesen Ärzte auf die Toleranzbildung beim Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin hin. Diese sei nicht zu vermeiden und trete vorwiegend bei niederpotenten Neuroleptika auf, auch

bei relativ niedriger Dosierung. Entzugserscheinungen bei Neuroleptika und Antidepressiva würden sich in nichts von Entzugsproblemen bei Alkaloiden (Morphium gehört zu dieser Substanzgruppe) und Schlafmitteln unterscheiden, warnte Mitte der 1960er-Jahre Rudolf Degkwitz, späterer DGPN-Präsident. Bei einem unbekannten Teil der chronisch Behandelten sei das Absetzen wegen der unerträglichen Entzugsscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich. Doch ohne über Abhängigkeitsrisiken aufzuklären, verordnen Ärzte unentwegt diese Substanzen – ein zivil- und strafrechtlich relevanter Tatbestand. In Einklang mit den Interessen der Pharmaindustrie und anderer psychoedukativer Mitläufner leugnen sie das Abhängigkeitsrisiko.

Ob Psychiatriebetroffene ihre Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzen, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgsschancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das Ergebnis einer 2005 in England und Wales veröffentlichten Studie von MIND (vergleichbar der DGSP). Als hilfreich erwiesen sich der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation oder Bewegung. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen würden.



Peter Lehmann

Ärzte wurden als die am wenigsten hilfreiche Berufsgruppe beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man jetzt auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.

Wichtig ist es, sich vom lähmenden und einfältigen biologischen Krankheitsverständnis zu trennen und sich konstruktiv mit dem »Sinn des Wahnsinns« auseinanderzusetzen. Das Auftreten einer ‚psychischen Krankheit‘ sei ein Signal, das die Notwendigkeit von Veränderungen im eigenen Leben anzeige, schrieb Maths Jesperson aus Schweden: »Verrücktheit ist keine Krankheit, die es zu kurieren gilt. Meine Verrücktheit trat ein, um von mir ein neues Leben einzufordern. Die Qualen waren einerseits Signale, dass der damalige Zustand meines Lebens nicht gut war, und andererseits die Triebkraft, die mich zwang, aus meiner unerträglichen bzw. sinnlosen Lebenssituation herauszugehen und den Weg zu einem authentischeren Leben zu suchen. Ohne diesen inneren Zwang der Verrücktheit wäre ich nicht von der Stelle gekommen. Psychopharmaka dagegen blockieren diese Triebkraft, unter ihrer Wirkung bliebe man für immer in Leiden und Verrücktheit stecken« (2013, S. 71).

Da es die Diagnose der Antidepressiva- oder Neuroleptika-Abhängigkeit noch nicht gibt, finanzieren Krankenkassen weder stationäre Aufenthalte zum Absetzen noch Reha-Maßnahmen. Höchste Zeit, dass sich Psychiatriebetroffene ihrer eigenen Kräfte und psychosozial Tätige ihrer Verantwortung bewusst werden, sich Kenntnisse über das Absetzen von Psychopharmaka aneignen und – angesichts der um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verminderten Lebenserwartung Psychiatriebetroffener – Maßnahmen zur Überwindung der desaströsen Situation im psychosozialen Bereich unternehmen. ■

PETER LEHMANN

Eigene Erfahrungen mit ärztlicher Pflichtverletzung

Fern von Leitlinien jeder Art greifen Ärzte immer häufiger zu mutigen, wenn nicht wilden Psychopharmakakombinationen, deren Wirkungen die Patienten erdulden und erleiden müssen.

Meine inzwischen vierzehn Jahre zurückliegende eigene Erfahrung betrifft die Einnahme von Benzodiazepinen, Antidepressiva und Phasenprophylaktika. Schlimm war für mich, dass im Jahr 2000 vier Mal in fünf Wochen versucht wurde, mein Selbstbestimmungsrecht durch Gerichtsbeschlüsse außer Kraft zu setzen, nur um mich zur Einnahme eines Medikamentes (Gabapentin) zu nötigen, das bis heute für psychiatrische Indikationen nicht zugelassen ist. Die Klinik nahm wohl an einer Studie teil, dies bedeutet, sie



Margret Osterfeld

bekommt zusätzliches Geld von der Pharma-industrie für jeden Patienten, den sie in die Studie einschließt. So schnell kann man in der Psychiatrie zum Versuchskaninchen werden. Mein Vertrauen zu dieser Art der Behandlung wurde empfindlich gestört. Erst Monate später fand ich eine hilfreichere Einrichtung, die mich irgendwann mit drei verschiedenen Medikamenten »gebessert« entließ. Das verordnete Benzodiazepin setzte ich damals zwei Tage nach der Entlassung ab, die Entscheidung, mich von dem Antidepressivum zu befreien, dauerte etliche Monate. Sie wurde mit deutlich größerem Wohlbefinden belohnt, mich quälten keine Verdauungsprobleme mehr, und die Stimmung verschlechterte sich auch nicht. Das Phasenprophylaktikum Lithium nahm ich brav sieben Jahre lang, ich wollte meine Berufstätigkeit nicht durch häufige Fehlzeiten gefährden. Doch vor nun sieben Jahren setzte ich auch dieses Psychopharmakon ab – wie die anderen alleine und ohne ärztliche Begleitung. Heute schaue ich auf sieben medikamentenfreie Jahre zurück: genesen von einer angeblich chronischen Krankheit und wieder ganz ich selbst. Entgegen der tradierten Lehrbuchmeinung lässt sich auch Lithium absetzen, psychiatrische Hilfe habe ich seitdem nicht mehr gebraucht.

Wenn Ärzte nicht bereit sind, Reduktions- und Absetzwünsche von Patienten fachlich zu begleiten, verletzen sie – aus meiner Sicht als ehemaliger Ärztin sowie als ehemaliger Psychiatriepatientin – ihre Pflicht, Selbstbestimmung der Patienten zu respektieren und die eigene fachliche Tätigkeit an deren Wohl auszurichten. Dies betone ich vor allem, weil Psychopharmaka keine Heilmittel sind, sie können lediglich Symptome unterdrücken. Die ersten Schritte auf einem individuellen Genesungsweg mögen dadurch durchaus leichter werden, doch dauerhafte Einnahme-verpflichtung ist keine erfolgversprechende Vorgehensweise. ■

MARGRET OSTERFELD

Kreative pflegerische Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka

Pflegende verordnen zwar keine Psychopharmaka, verabreichen sie jedoch. In den fast fünfzig Jahren von meiner Ausbildung zur Krankenschwester bis heute machte ich sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Psychopharmaka und mit Absetzversuchen, sowohl in der Tagesklinik und in Nachsorgeambulanzen als auch beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Beispielsweise wurden Menschen häufig in ihrem Empfinden und ihren körperlichen Missemmpfindungen nicht ernst genommen. Absetzen von Medikamenten wurde mit einem Behandlungsabbruch



Hilde Schädle-Deininger

gleichgesetzt usw. Dies änderte meine Einstellung zu Psychopharmaka, vor allem auch im Hinblick auf Entzugserscheinungen beim Absetzen von Neuroleptika. Das heutige Wissen über »Fluch und Segen« von Neuroleptika muss aus meiner Sicht in die Ausbildung (auch in Fort- und Weiterbildung) der unterschiedlichen Gesundheitsberufe verpflichtend und umfassend aufgenommen und im beruflichen Alltag kontinuierlich reflektiert werden. Gerade die pflegerischen Berufe verfügen über kreative (alternative) Methoden, wie z.B. Einreibungen, Wickel und Auflagen, Entspannungsbäder, basale Stimulation oder Kinästhetik. Sie werden in der Praxis allerdings nur selten in diesem Zusammenhang angewandt. Dabei könnten sie eine wichtige Rolle spielen, wenn Psychiatrie-Erfahrene möglichst ohne Medikamente leben wollen. Vielleicht lohnt es sich ja auch, an den früheren Gepflogenheiten der Medikamentengabe anzusetzen. In den 1960er- und 1970er-Jahren wurden Neuroleptika vielerorts sehr niedrig dosiert eingesetzt. Pflegende müssen sich ihrer Durchführungsverantwortung bei der Medikamentengabe be-

wusst sein und auch eine Nichtverabreichung von Psychopharmaka begründen. Pflegerische Aufgabe ist es, Menschen in ihren Medikamentenfragen und bei der alltäglichen Auseinandersetzung mit der Krankheit zu unterstützen und zu begleiten. Dabei geht es um eine Haltung, in deren Vordergrund psycho- und soziotherapeutische Begleitung steht und in welcher man höchstens von einer stützenden Wirkung der Medikamente ausgeht und eine Psychopharmakagabe entsprechend begründet. Das bedeutet dann auch, dass Medikamente nicht – wie teilweise der Eindruck entsteht – als Regulativ für Personalmangel, unzureichende Rahmen- oder Finanzierungsbedingungen eingesetzt werden.

In allen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung muss ein Qualitätsmerkmal sein, dass regelmäßig über Medikamente und deren Dosierungen diskutiert und um eine patientenorientierte Haltung gerungen wird. Ein weiteres Kriterium müssen verpflichtende Gespräche mit den Betroffenen über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente sein sowie die Vermittlung einer kritischen Sicht auf Medikamente. Dies gilt auch als Inhalt für alle Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens in Aus-, Fort- und Weiterbildung. ■

HILDE SCHÄDLE-DEININGER

Gegen alle Regeln – erste Erfahrungen in Thessaloniki

2003 gründeten Professionelle im Gesundheitssystem, Journalisten, Juristen, Angehörige und im Lauf der Zeit auch Psychiatriebetroffene in Thessaloniki das Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie. Langfristiges Ziel war auch, ein Netzwerk zu schaffen zur Unterstützung von Menschen, die Psychopharmaka absetzen wollen. Neben der persönlichen Unterstützung durch Gespräche haben wir begonnen, eine Liste mit Ärzten, Psychologen, Juristen und anderen professionell Tätigen zu erstellen, die bereit sind, Menschen auf diesem Weg zu begleiten. Eine Ärztin und drei Juristen kooperieren bereits mit uns.

Seit 2009 hilft das Observatorium durch Beratung, Therapievermittlung und Begleitung beim Absetzen von Psychopharmaka. Wir verstehen Begleitung auch als Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags inklusive möglicher Veränderungen. Der erste Kontakt entsteht am Telefon. Im persönlichen Kontakt wird eine Bezugsperson bestimmt, die den Betroffenen während des



Anna Emmanouelidou

gesamten Absetzprozesses begleitet und für Einzelgespräche zur Verfügung steht. Außerdem gibt es eine funktionierende Selbsthilfegruppe speziell für das Absetzen, der sich der Betroffene anschließen sollte.

In fünf Jahren nahmen hundert Menschen die Dienste unseres Projekts in Anspruch, dreizehn begleiteten wir beim Absetzen, acht von diesen leben inzwischen völlig frei von Psychopharmaka. Natürlich traten auch bei uns viele Probleme auf:

■ Wir können noch keine Kriseninterventionsgruppe zur Verfügung stellen, die im Falle einer (neuen) Krise eine Psychiatrieeinweisung vermeiden könnte. Allerdings bilden wir schon im zweiten Jahr eine Gruppe von zehn Personen für eine Krisenintervention aus; nächstes Jahr haben sie ihre Ausbildung, deren Curriculum wir selbst erstellt haben, abgeschlossen.

■ Die Betroffenen wohnen teilweise weit entfernt von Thessaloniki. Überall mangelt es an tragfähigen Selbsthilfegruppen und hilfsbereiten Profis. Entsprechend beschränkt sich die Unterstützung auf Informationen und Gespräche.

■ Alle Mitglieder des Observatoriums arbeiten ehrenamtlich, d.h. unbezahlt. Oft fehlt es an ausreichend Zeit, Menschen in Not flexibel und angemessen zu unterstützen. Dabei hat die Praxis gezeigt, dass die Begleitung beim Absetzen vorsichtig und zuverlässig geschehen und mit viel menschlicher Bereitschaft einhergehen muss.

Derzeit haben wir ein umfassendes Konzept entwickelt, in das unser Wissen und unsere Erfahrungen einfließen. Die Zukunft wird zeigen, wie wir es umsetzen können. ■

ANNA EMMANOUELILOU

Psychotherapeutische Begleitung

Das Bedürfnis nach Absetzen von pharmakologischem Gift und der Wunsch von Personen nach gelebter Gesundheit von innen ist voll und ganz zu respektieren. Es ist eine Befreiung von der so genannten administrierten Gesundheit, welche einem Etiketenschwindel gleichkommt. Psychotherapie ist der eigensinnige, liebevolle und empathische Versuch zweier Menschen, durch ihre therapeutische Beziehung die Ganzheit der gefühlten Existenz wiederherzustellen. Grundlage dafür ist die Selbstwahrnehmung der eigenen Emotionen und Gefühle unter Beachtung des eigenen Lebenskontextes. Das geht nur frei von persönlichkeitsverändernden Substanzen. Diese heilende Aktivität ist kurativer und emanzipativer Natur. Es braucht den Mut zum Absetzen der pharmakologischen Giftstoffe, welche das eigene Leben in Echtheit und Wahrhaftigkeit trüben und massiv behindern. Ziel der Pharmain-

ziale Not, welche durch ärztliche Maßnahmen leichtsinnig, ja kriminell, im Dienste der Pharmaindustrie verursacht wurden. Wir sind nicht chemisch fehlerhafte Wesen. Sondern wir leben in einem sozial-ökonomischen Kontext, der vielen von uns Schwierigkeiten und Unzufriedenheit bereitet. Das Wissen um die heilvolle psychotherapeutische Begegnung, welche die zwischenmenschliche ‚Chemie‘ beeinflusst, fördert das Vertrauen in unser Selbst und befähigt zur Selbstsicherheit. Das selbstheilende Wissen und das Vertrauen in die eigene seelische Erfahrung befreit von den Lügen, Irrlehen und Selbstdäuschungen der kommerziell steuerten Pharma-Psychiatrie. Meine Aufgabe als psychotherapeutischer Begleiter ist es, beim Absetzen gemeinsam mit der bei mir Hilfe suchenden Person diesen Weg zur Freiheit des eigenen Selbstlebens zu gehen. ■

THEODOR ITTEN

Autorinnen und Autoren:

Anna Emmanouelidou. Geb. 1967. Dr. phil., Diplom-Psychologin, systemische Psychotherapeutin. 1996–99 Vorstandsmitglied der DGSP Rheinland-Pfalz. 2004 in Thessaloniki Gründungsmitglied des Observatoriums für Menschenrechte in der Psychiatrie.

Asmus Finzen. Prof. Dr. med., Psychiater, Nervenarzt, Wissenschaftspublizist. Ehemals Leitender Krankenhausarzt in Wunstorf (1975–1987) und Basel (bis 2003). Mehr unter www.finzen.ch

Theodor Itten. Geb. 1952. Psychotherapeut in Sankt Gallen und Hamburg. Ehemaliger Präsident der Assoziation Schweizer Psychotherapeut(innen). Mehr siehe www.ittentheodor.ch

Peter Lehmann. Dr. phil. h.c., Diplom-Sozialpädagoge. Autor und Verleger in Berlin. Mehr unter www.peter-lehmann.de

Margret Osterfeld. Geb. 1950. Pharmazeutisch-technische Assistentin, Psychiaterin und Psychotherapeutin. Mitglied im UN-Subkomitee zur Prävention von Folter und anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlungen.

Hilde Schäde-Deininger. Diplom-Pflegewirtin, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester in der Psychiatrie und Fachbuchautorin.

Literatur:

GOTZSCHES, P.C. (2014). Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität. München: Riva.

JESPERSON, M. (2013). Zwischen Lobotomie und Antidepressiva. In: P. Lehmann (Hg.). Psychopharmaka absetzen (S. 70–72). Berlin: Antipsychiatrieverlag.

LEHMANN, P. (Hg.) (2013). Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern. 4., akt. Aufl., Berlin: Antipsychiatrieverlag (E-Book 2013).

LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.) (2007). Statt Psychiatrie 2. Berlin: Antipsychiatrieverlag (E-Book 2014).

MOSHER, L.R. (2013). Vorwort zu: P. Lehmann (Hg.). Psychopharmaka absetzen (S. 12–14). Berlin: Antipsychiatrieverlag.

WALTER, C./KOBYLINSKI, A. (2011). Der Patient im Visier. Berlin: Suhrkamp.

* Für die Einleitung sind Asmus Finzen und Peter Lehmann verantwortlich, für die namentlich kenntlich gemachten Beiträge die einzelnen Autorinnen und Autoren.



dustrie (Gotzsches 2014; Walter/Kobylinski 2011) ist, uns als PatientInnen ins Visier zu nehmen, ihre organisierte Kriminalität übers ganze Gesundheitssystem zu stülpen und es zu verderben. Damit will sie maximalen Gewinn machen; seit 2010 hat die Verabreichung von Pillen beispielsweise in der Schweiz um 17 Prozent zugenommen. Mit dem behutsamen, mutigen, selbstbefähigenden und begleiteten Absetzen der uns verabreichten chemischen Substanz befreien wir unseren Organismus von der neurologischen Unterdrückung. Wir können die Tipps von Peter Lehmann (2013), viel Wasser zu trinken, uns an der frischen Luft zu bewegen, sich und seine Sorgen zu reflektieren etc., gut annehmen. Die Psychopillen befreien nicht vom Seelenkummer, sondern produzieren zusätzliche Krankheitsbilder und psychoso-