

Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika

Überfällige ärztliche Hilfen

Das Absetzen von Psychopharmaka ist ein schwieriges Thema, sowohl für Ärzte als auch für Patienten. In diesem Beitrag wird dafür plädiert, vorsichtig mit der Erstverordnung zu sein, Patienten beim Absetzen zur Seite zu stehen und die Erfahrungen Psychiatriebetroffener zu berücksichtigen.

Schon in den 1960er-Jahren berichteten Psychiater, allen voran Prof. Dr. Rudolf Degkwitz, DGPN-Präsident 1971/1972, von teilweise extrem belastenden Entzugssymptomen bei Antidepressiva und Neuroleptika – dies blieb ein halbes Jahrhundert lang allerdings folgenlos. Erst 2016 entstand mit der von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) einberufenen Expertenrunde zur Entwicklung eines Curriculums zum kompetenten Begleiten beim Reduzieren beziehungsweise Absetzen von Psychopharmaka (Psychexit) eine fächerübergreifende, konsensorientierte und Betroffene nicht weiterhin ausgrenzende Diskussion. Diese Diskussion wurde im Symposium „Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika“ (geleitet von den DGPPN-Präsidenten Prof. Dr. Andreas Heinz und Dr. Peter Lehmann)

beim DGPPN-Kongress 2018 in Berlin weitergeführt.

Viele Fragen bestehen weiterhin. Wie findet man zuverlässige Informationen zum risikoarmen Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka? Wie lässt sich Schulungsmaterial für Ärzte, Heilpraktiker, Pflegekräfte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Selbsthilfegruppen, Patienten und Angehörige erstellen und verbreiten? Wie finden Patienten kompetente Ärzte, wo stationäre oder ambulante Möglichkeiten der Unterstützung? Können sie bei Absetz- und Entzugsproblemen kurzfristig und niederschwellig stationär aufgenommen werden?

Entzugsproblematik beim Absetzen von Antidepressiva

In der Übersichtsarbeit über Antidepressivaentzugssymptome von Davies und Read wurden auch die größten Untersuchungen per Betroffenenbefragungen

adäquat berücksichtigt, kontrollierte Studien ein- sowie Studien mit Interessenskonflikten ausgeschlossen [1]. Es konnte gezeigt werden, dass Entzugssymptome beim Reduzieren und Absetzen von Antidepressiva bei durchschnittlich 56 % der Patienten auftreten; bei 46 % davon sind die Symptome schwerwiegend. Je länger die Einnahme dauert, desto wahrscheinlicher treten Entzugssymptome auf [2, 3, 4]. Bei einer Befragung von 752 Antidepressivannutzern, wovon die allermeisten das Medikament mindestens ein oder zwei Jahre einnahmen, versuchten 36 % abzusetzen, scheiterten aber [5]. In einer anderen Befragung unter langjährigen Anwendern von Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva, konnten nur 54 % das Medikament komplett absetzen [6].

Das Review von Henssler et al. kommt zu dem Ergebnis, dass „kontrollierte und qualitativ hochwertige Studien einen vorrangig selbstlimitierenden Verlauf milder Symptomatik nahelegen“ [7]. Übersehen wurde dabei, dass kontrollierte Studien nur kurze Therapiezeiträume von fast ausschließlich maximal sechs Monaten, überwiegend nur über drei Monate umfassen [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21]. Diese Zeiträume liegen in der Praxis unter der leitlinienbasierten Behandlungsempfehlung von mindestens vier- bis neunmonatiger Erhaltungstherapie nach einer Remission. Auch steigen die Zahlen der Langzeiteinnahmen: Etwa die Hälfte der Betroffenen nahmen Antidepressiva mindestens zwei Jahre lang ein [22, 23, 24, 25]. Laut einer kontrollierten Studie bei Langzeiteinnahme von mindestens neun Monaten konnten nur 7 % der Betroffenen ihr Antidepressivum absetzen [26].



Patienten brauchen ärztliche Unterstützung, wenn sie Psychopharmaka absetzen wollen, schon um etwa Entzugsphänomene und gesundheitliche Risiken abschätzen zu können.

© Photophaee.eu / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodellen)

Entzugsserscheinungen können Wochen, Monate, schlimmstenfalls sogar Jahre anhalten [1, 27, 28]. Mehrere Patientenerhebungen zum Absetzen von Psychopharmaka – hauptsächlich Antidepressiva – zeigten wenig ärztliche Unterstützung trotz häufiger schwerer Entzugssymptome [6, 28, 29]. „Die Entzüge sind so schlimm, dass ich nicht in der Lage bin, einfache Aufgaben auszuführen, wie eine Tasse Tee zu machen, geschweige denn das Haus zu verlassen. (...) Es hat mein Leben, so wie ich es kannte, zerstört und machte mich unfähig, normal oder gesund zu funktionieren. (...) Es ist weit schlimmer als alles, was ich erfahren habe, bevor ich das Medikament einnahm“, berichten drei Betroffene von Antidepressivaentzugssymptomen. 30 % aller Befragten dieser Untersuchung konnten auf unbestimmte Zeit ihrer Arbeit wegen der Entzugsserscheinungen nicht mehr nachgehen [28].

Häufigkeit, Dauer und Schwere unterschätzt

Davies und Read zeigten in ihrem Review, dass die Leitlinien auch in den USA und England dringender Überarbeitung bedürfen, weil sie die Häufigkeit, Dauer und Schwere von Entzugssymptomen unterschätzen und damit wahrscheinlich zu weitverbreiteten Fehldiagnosen bei Entzugssymptomatikern, wie der Verwechslung mit einem Rezidiv oder einem Behandlungsfehler, beitragen sowie zu einer daraus folgenden verlängerten Einnahmedauer und zu immer höher werdenden Verordnungszahlen [1]. „Viele Absetzsymptome sind physisch. Fehler beim Diagnostizieren können zu unnötigen Überweisungen und Untersuchungen führen, um ein ‚physisches‘ Problem zu identifizieren“ [30].

Auch in der in Deutschland gültigen S3-Leitlinie Unipolare Depression, deren Aktualisierung für 2020 geplant ist, wird das Thema der Entzugsproblematik bisher nachlässig in einem kleinen Absatz zum „Absetzen der Medikation“ behandelt [31]. Dies erstaunt, weil die Leitlinie zwar die Übersichtsarbeit von Fava et al. zu SSRI kurz anspricht, aber nicht die dort gemachte Feststellung erwähnt, dass Entzugssymptome leicht als Rück-

fall fehldiagnostiziert werden können, weshalb sie sorgfältiger Untersuchung bedürfen [32]. Sie sagt auch nichts darüber, dass die Autoren für die Verwendung des Begriffs „Entzugssymptome“ statt „Absetzsymptome“ plädieren; letzterer Begriff werde der Schwere der potenziellen Symptomatiken nicht gerecht.

Die S3-Leitlinie empfiehlt bisher beim Absetzen „in der Regel eine schrittweise Reduktion über einen Zeitraum von vier Wochen“ [31]. Das kontrastiert mit Daten aus Studien und Empfehlungen, die ergeben, dass viele Betroffene oft mehrere bis viele Monate oder sogar länger als ein Jahr zum Absetzen benötigen, und ein längerer Absetzprozess mit weniger Entzugssymptomen verbunden ist, diese mildert oder ganz verhindern kann [6, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40].

Differenzialdiagnostik ist wichtig

Ohne Differenzialdiagnostik zwischen Entzugssymptomen vom Reduzieren oder Absetzen eines Antidepressivums und einem Rezidiv der depressiven Störung, der Angst- oder Zwangsstörung zu unterscheiden, bringt Patienten in die Gefahr, unnötig mit Antidepressiva weiterbehandelt zu werden und schlechtere Krankheitsprognosen mit sozialen Folgen zu bekommen.

Schon 1998 entwickelten Rosenbaum et al. zum Erkennen von Entzugssymptomen für die SSRI-Antidepressiva die Checkliste DESS (Discontinuation Emergent Signs and Symptoms) mit 43 überwiegend physischen, aber auch psychischen Symptomen [41, 42]. Auch Fava et al. plädieren für den Einsatz dieser Liste in der Praxis, um Veränderungen nach dem Reduzieren oder Absetzen zu erkennen und richtig zu deuten [32]. Die DESS-Checkliste ist auch auf Entzugssymptome anderer Antidepressivagruppen wie etwa trizyklische Antidepressiva, SNRI oder MAO-Hemmer anwendbar [43, 44, 45].

Chouinard und Chouinard unterscheiden drei Formen von SSRI- oder SNRI-Entzugssymptomen:

- Neu auftretende unspezifische und spezifische Entzugssymptome („new withdrawal symptoms“)
- Pharmakodynamische Gegenreaktion („rebound“) mit wiederkehrenden ursprünglichen Krankheitssymptomen

— Persistierende Entzugssymptome („postwithdrawal persistent disorders“)

Diese drei Typen der Entzugsphänomene müssten von einem Rezidiv unterschieden werden, das nochmals in einen Rückfall und eine gänzlich neue Episode unterteilt werde. Voraussetzung für die Diagnose bei allen drei Formen von Entzugssymptomen sei die Einnahme des Antidepressivums über mindestens sechs Monate [46]. Laut DSM-5 kann das Antidepressivum-Diskontinuität-Syndrom (ADDS) schon ab einmonatiger Einnahme diagnostiziert werden und befindet sich dort in der Kategorie der medikamenteninduzierten Bewegungsstörungen und anderer unerwünschter Anwendungswirkungen von Medikamenten [47, 48].

Ein weiteres diagnostisches Kriterium für neu auftretende Entzugssymptome sei zum Beispiel mindestens ein neues unspezifisches Symptom wie Schlafstörungen, Übelkeit, Tremor, Agitation oder Depression, die auch beim Absetzen vieler anderer psychoaktiver Arzneimittel auftreten. Merkmale SSRI-/SNRI-spezifischer Entzugssymptome sind zum Beispiel (mindestens zwei Symptome, jedes davon aus einem anderen der folgenden sieben Bereiche):

- Grippeähnliche Beschwerden (allgemein)
- Tachykardie (kardiovaskulär)
- Durchfall (gastrointestinal)
- Myalgien (neuromuskulär)
- Parästhesien (sensorisch)
- Gedächtnisstörungen (kognitiv)
- Genitale Hypersensitivität (sexuell)

Unter anderem sei ein Kriterium für Rebound-Entzugssymptome die Rückkehr ursprünglicher Krankheitssymptome wie etwa Angst, Panikattacken, Schlaflosigkeit oder Depression, und für persistierende Post-Entzugssymptome zum Beispiel Schlaflosigkeit, posttraumatischer Stress, Panikattacken, generalisierte Angststörung oder Depression. Diese Symptome können entweder neu sein, oder es treten schon bekannte Symptome mit größerer Intensität sowie zusätzliche Symptome auf [46].

Die Differenzierung zwischen einem Antidepressivum-Entzugssyndrom – möglicherweise auch durch Reduktionen ausgelöst – und einem Rezidiv der

psychischen Störung kann im Einzelfall schwierig sein. Ein wichtiges differenzialdiagnostisches Kriterium ist der zeitliche Zusammenhang. Entzugssymptome tauchen typischerweise innerhalb einiger Tage – aber auch später – nach dem Reduzieren oder Absetzen auf, auch bei graduelltem Reduzieren [32, 45]. Der Entzug von Antidepressiva verläuft in zwei Phasen: Die unmittelbare Entzugsphase besteht aus neuen und Reboundssymptomen, die innerhalb von 36 bis 96 Stunden nach dem Reduzieren oder Absetzen auftreten und bis zu sechs Wochen anhalten können. Dann folgt eine Post-Entzugsphase, die aus tardiven Rezeptoren-Supersensitivitätsstörungen („persistent postwithdrawal disorders“) besteht. Diese Phase beginnt sechs Wochen nach dem Absetzen, verschwindet selten spontan und kann bei Nicht-Wiedereinnahme mehrere Monate bis Jahre andauern [1, 27, 28, 46].

Das Verschwinden oder die deutliche Linderung von Symptomen kurz nach einer Reexposition – meist innerhalb von 24 Stunden – ist ein weiterer Hinweis auf Entzugssymptome, ebenso die „klinisch signifikante Beeinträchtigung oder das Leid in sozialen, beruflichen, oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, und dass die Symptome nicht aufgrund einer generellen Krankheit oder durch eine andere psychische Störung oder anderen Substanzgebrauch begründet sind“ [30, 46].

Probleme beim Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika

„Lassen wir unsere Patientinnen und Patienten nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem

Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?“, fragte 2002 Pirkko Lahti, seinerzeit Präsidentin der World Federation for Mental Health, in dem ersten Buch weltweit zum Thema [49]. Das Problem ist nach wie vor aktuell [50, 51].

Absetzen aus medizinischen Erwägungen

Herstellerfirmen informieren Ärzte, sie mögen Antidepressiva beziehungsweise Neuroleptika sofort reduzieren oder absetzen, wenn Depressionen oder Suizidalität neu auftreten, Agranulozytosen, Hyperthermien, maligne neuroleptische Syndrome, Hyponatriämien, erhöhter Augeninnendruck, kardiale Symptome wie etwa QT-Verlängerung, dauerhaft erhöhte Leberwerte und andere Leberfunktionsstörungen, Zeichen einer tardiven Dyskinesie oder eines zerebrovaskulären Ereignisses [52]. Allerdings sind die Herstellerinformationen oft unsicher: Falls etwa Clozapin oder Quetiapin abgesetzt werden soll, wird empfohlen, dies mindestens über einen Zeitraum von ein bis zwei Wochen zu tun. Dies ist gerade nach längerer Einnahme viel zu kurz und kann zu gravierenden Entzugssymptomen führen. Ärztlicherseits werden unerwünschte Wirkungen oft als Symptomverschiebungen fehlinterpretiert, mit der Konsequenz von Augmentation, Dosiserhöhung oder Dauerbehandlung [53, 54].

Aufgrund ihrer häufig prekären Lebensumstände und der daraus resultie-

renden desolaten körperlichen Verfassung sind Menschen mit ernststen psychiatrischen Diagnosen hoch vulnerabel. Laut Janssen Pharmaceuticals schlägt sich deren geringe körperliche Belastbarkeit in einer um durchschnittlich 25 Jahre reduzierten Lebenserwartung nieder [55]. Die sich aufaddierende langfristige Schädigung durch Neuroleptika stellt ein hohes Gesundheitsrisiko und gegebenenfalls auch einen Grund zum Absetzen dar [56].

Absetzen aus ethischen Erwägungen

Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht, so Finzen et al. Es stelle zudem ein ethisches Problem dar, einen absetzwilligen Patienten aus der Praxis zu schicken, sogar einen Kunstfehler. Wenn jemand Psychopharmaka absetzen oder reduzieren wolle, habe der behandelnde Arzt ihm zu helfen – auch wenn er anderer Meinung sei [57]. Nicht vergessen werden darf das Risiko eines kalten Entzugs mit seinen gesundheitlichen Gefahren, wenn der alleingelassene Patient abrupt absetzt. Mangelnde Akzeptanz von Psychopharmaka wird in der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie als Grund für zu unterstützende Absetzversuche genannt [58].

Absetzen aus juristischen Erwägungen

In der Vergangenheit werteten Gerichte iatrogene Arzneimittelabhängigkeit als Krankheitszustand, der Therapiemöglichkeiten zerstöre oder erschwere und einen Heilungsprozess erforderlich mache [59, 60], und somit als Straftatbestand der Körperverletzung gemäß StGB § 223. Holznagel et al. warnen in „Schadensmanagement für Ärzte – Juristische Tipps für den Ernstfall“, dass hierunter auch Veränderungen der seelischen Gesundheit fallen, wenn sie medizinischen Krankheitswert besitzen; auch deshalb könne die Verursachung einer Medikamentenabhängigkeit den Straftatbestand einer Körperverletzung erfüllen [61].

Einige Hersteller gestehen in ihren Fachinformationen bei Antidepressiva wie Sertralin und Tianeptin mittlerweile das Risiko einer Medikamentenabhängigkeit ein, allerdings ohne Hinweis, wie diese zu vermeiden ist. Daneben reden Ärzte gerne von „Absetzproble-

Tab. 1: Empfehlenswerte Internetadressen beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika

Internetadresse	Betreiber der Seite
www.absetzen.info	Arbeitsgruppe Psychexit
www.adfd.org	ADFD – Unabhängige Information und Austausch über Nebenwirkungen und Absetzsymptome von Psychopharmaka; private Initiative von Betroffenen und Angehörigen
www.peter-lehmann.de/absetzen	Peter Lehmann, Mitautor dieses Beitrags
www.recoveringfrompsychiatry.com	Laura Delano, Patientenaktivistin

men“ und „Absetzsyndromen“, was die Problematik der körperlichen Abhängigkeit verdeckt. Von „Entzugssymptomen“ oder „Entzugssyndromen“ sprechen Neuroleptikahersteller bisher einzig bei Haloperidol und Risperidon [62, 63]. Heinz nennt dieses Krankheitsbild „eine Art Entzugssyndrom“ [64]. Wenn Neugeborene betroffen sind, deren Mütter im letzten Trimenon Neuroleptika erhielten, sprechen Hersteller bei nahezu allen Neuroleptika unisono von „Entzugserscheinungen“ und „Entzugssyndromen“ und empfehlen gegebenenfalls die Verlegung auf die Intensivstation sowie eine längere Hospitalisation [52].

Von Toleranzbildung bis Supersensibilisierung

Dass Patienten über das Risiko der Abhängigkeit bei Neuroleptika aufgeklärt werden müssen, ging eigentlich schon aus den Publikationen von Degkwitz wie auch Battegay in den 1960er-Jahren hervor [65, 66]. Degkwitz hatte gewarnt: Im Laufe der Zeit lerne der Organismus, die zugeführten Mittel rascher abzubauen, es komme zu einer Toleranzsteigerung. Wegen unerträglicher Entziehungsercheinungen sei es bei einem Teil der chronisch Behandelten schwierig, wenn nicht unmöglich, die Neuroleptika wieder abzusetzen [67]. Auch würden sich die Symptome beim Absetzen von Neuroleptika nicht von denen bei Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden [68]. Die Entzugssymptome könnten zu einer psychischen Abhängigkeit führen: Ärzte, Angehörige und Betroffene glauben an zwangsläufig auftretende Rückfälle und die Notwendigkeit einer Dauerbehandlung [68]. Zu den psychischen, zentralnervösen und körperlichen Entzugssymptomen von Neuroleptika zählen Depressionen, Angstzustände, Rebound- und Entzugspsychosen, Schlafstörungen, vegetative Störungen, Kreislaufkollaps, Dyskinesien und vieles mehr [69, 70]. Es ist bekannt, dass abruptes Absetzen von Neuroleptika zum Zusammenbruch blockierter Stoffwechselvorgänge und nachfolgend tödlich verlaufenden Krampfstadien führen kann [71].

Veränderungen des Rezeptorensystems gelten als behandlungsbedingte Ursachen von Toleranzbildung, Supersensitivitätspsychosen sowie tardiven

Psychosen. Mit Supersensitivitätspsychosen, die in Häufigkeiten bis zu 43 % auftreten [72], geht eine weitere Toleranzentwicklung gegenüber Neuroleptika einher, Verschlechterung psychotischer Symptome auch bei kontinuierlicher Neuroleptika-Verabreichung sowie erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Stress. Bereits geringe psychosoziale Belastungen können dann psychotische Symptome verstärken oder einen Rückfall auslösen [73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86].

Auch sogenannte atypische Neuroleptika können Dopaminrezeptoren verändern und damit Psychosen auslösen, verstärken und chronifizieren. Ihre Wirkung ist verbunden mit einer möglichen Toleranzentwicklung [87, 88, 89]. Tornatore et al. warnten, unter der Langzeittherapie seien Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet worden [90]. Die betroffenen Patienten hätten typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zuerst gut angesprochen, doch Rezidive hätten jeweils Dosissteigerungen erforderlich gemacht, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar gewesen sei. Auch in Tierversuchen zeigte sich, dass eine anhaltende Gabe von Neuroleptika zur Supersensitivierung der Dopaminrezeptoren und zur Dopaminüberaktivität führen kann [91, 92, 93, 94, 95, 96].

Ideologische Diskussion versus Lösung der Alltagsprobleme

Aufgrund des fehlenden Suchtpotenzials wird das Risiko der körperlichen Abhängigkeit von Neuroleptika generell bestritten, besonders wenn finanzielle Verflechtungen mit der Pharmaindustrie vorliegen [97, 98]. Auch zur Toleranzbildung, Behandlungsresistenz, Dopamin-Hypersensitivität und Häufigkeit von Supersensitivitätspsychosen besteht keine Einigkeit. Wie in den 1980er-Jahren, als Richter die Bewirkung einer Arzneimittelabhängigkeit bei Benzodiazepinen als Straftatbestand erkannten, wird wohl bei Neuroleptika erst eine Verurteilung der Hersteller und Verordner für Klarheit sorgen. An den mangelhaften Herstellerinformationen zu Absetzrisiken

dürfte sich erst etwas ändern, wenn Geschädigte Schadenersatzansprüche aus der Gefährdungshaftung gemäß § 84 Arzneimittelgesetz durchgesetzt haben [99]. Das Absetzen von Medikamenten ist keine ideologische Frage, sondern ein pragmatisches Alltagsproblem [100].

Von den Initiativen Psychiatriebetroffener lernen

Patienten werden angehalten, nicht ohne ärztliche Begleitung abzusetzen. Aber es ist schwierig, kompetente ärztliche Begleitung zu finden, wenn man etwa Rezepte für Ausschleichstreifen oder Rezepturen für kleinschrittiges Reduzieren braucht, Anleitung zum Absetzen von Kombinationen benötigt oder sich generell überfordert glaubt [101, 102]. Hinzu kommt, dass Ärzte sogar als Risikofaktor gelten, aufgrund ungenügenden Wissens über Entzugssymptome und risikominderndes Reduzieren beziehungsweise Absetzen sowie Fehlinformationen seitens der Pharmaindustrie [6, 103]. Ob man mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, sei für einen erfolgreichen Absetzprozess unerheblich, ergab eine vom britischen Gesundheitsministerium finanzierte Studie nach 250 Interviews mit Patienten, die erfolgreich Psychopharmaka abgesetzt hatten [104, 105].

Wichtige Faktoren beim Absetzen sind

- ein langsames Reduzieren,
- eine stabile psychische Verfassung,
- keine aktuellen Stressoren,
- eine ruhige Umgebung,
- Geduld und Achtsamkeit,
- eine verantwortungsbewusste Einstellung beim Patienten,
- ein unterstützendes Umfeld,
- kompetente Ärzte und Therapeuten,
- geeignete Hilfemaßnahmen und erreichbare Helfer,
- eine unterstützende Selbsthilfegruppe (auch im Internet)
- und eine Vertrauensperson [106].

Statt kustodialer Haltung und einer Fortsetzung des Expertenmonologs ist die Einbeziehung des Erfahrungswissens Psychiatriebetroffener erwünscht [107, 108].

Empfehlungen aus der Erfahrung

Absetzerfahrene Psychiatriebetroffene und Helfer empfehlen einen Krisen- oder Recoveryplan sowie eine psychoso-

ziale Patientenverfügung, moderate körperliche Betätigung, Reflexion (etwa mithilfe eines Absetztagebuches), erfüllende Beschäftigung, gesunde Ernährung inklusive viel Flüssigkeit, Verzicht auf Alkohol und Aufputzmittel, Ermutigung, die Bereithaltung symptomlindernder Substanzen und Vertrauen in die Selbstheilungskräfte [109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116].

Das Überwinden möglicher Schlafstörungen spielt eine besondere Rolle. Sollten sie nicht mit Hausmitteln zu bewältigen sein, empfehlen Ärzte und Betroffene notfalls Benzodiazepine mit mittellanger Halbwertszeit – aufgrund des Suchtpotenzials nur kurzzeitig [117]. Spätestens wenn der Absetzprozess bewältigt ist, sollten sich die Betroffenen kritisch mit ihren Anteilen beim Entstehen der ursprünglichen Krisen auseinandersetzen [118, 119, 120, 121, 122, 123].

Sorgfältige Aufklärung nötig

Um den oft realitätsfernen Vorstellungen bei allen Beteiligten und der Nonchalance der Schulpsychiatrie etwas entgegenzusetzen, lud BOP&P von 2016 bis 2019 vier Expertenrunden ein. Gemeinsam wurde ein Curriculum „Psychexit – Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“ entwickelt [124, 125, 126, 127].

Inzwischen sind auch einzelne schulmedizinisch orientierte Psychiater initiativ geworden. Patienten sollten über das Risiko von Abhängigkeit und nach dem Absetzen auftretenden Reboundeffekten aufgeklärt werden, bevor sie sich für ein Antidepressivum entscheiden, so Bschor, Mitautor der S3-Leitlinie Unipolare Depression [128]. Psychiater einiger Kliniken in Rheinland-Pfalz warnen in Aufklärungsbroschüren deutlich vor dem Risiko körperlicher Abhängigkeit bei Antidepressiva [129].

Die psychotherapeutische Schwerpunktstation für Psychosen im Landeskrankenhaus Andernach bietet für die Betroffenen des Versorgungsbereiches neuerdings sogar die stationäre Aufnahme zum kontrollierten Absetzen von Antipsychotika an. Und auch die Soteria-Station an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin macht dieses Angebot. Von körperlicher Abhängig-

keit von Neuroleptika will man noch nicht sprechen, aber es wird geraten, das Reduzieren oder Absetzen „(...) mit erfahrenen Begleitern zu besprechen. Sollten Sie sich dazu entschließen, sind wir gerne bereit, Sie im Rahmen unserer Möglichkeiten dabei zu begleiten“ [130]. Mustergültig erfolgt das Angebot nicht nur in Alltagssprache, sondern auch in leichter Sprache und einer Reihe von Fremdsprachen [131]. Hoffnung gibt auch, dass Absetzempfehlungen und -problematiken sowie die Empfehlung, hierüber aufzuklären, in die aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie aufgenommen wurden; allerdings werden erfahrungswissenschaftlich orientierte Publikationen und Erkenntnisse weiter ausgeblendet [58].

Offene Fragen und gute Informationsquellen

Vieles bleibt noch offen: Wo findet man stationäre Unterstützung beim Absetzen? Wie erhalten Betroffene über einen langen Zeitraum die Möglichkeit, niederschwellig und kurzfristig aufgenommen zu werden? Kann eine Datei mit Adressen von Ärzten und sonstigen Berufsgruppen entwickelt werden, die nutzerorientiert das Absetzen unterstützen [132]? Bisher ist das Gros der Patienten nicht informiert über die sehr häufige Entzugssymptomatik bei Antidepressiva und Neuroleptika, es gibt keine Diagnosen „Antidepressivaabhängigkeit“ oder „Neuroleptikaabhängigkeit“. Das „Antidepressiva-Diskontinuitäts-Syndrom“ steht zwar im DSM 5, aber nicht im ICD 10. Entzugssymptome können somit nicht richtig kodiert werden, es gibt keine finanzielle Kompensation, keine Rehabilitationsangebote, nahezu kein Konzept einer (teil-)stationären niederschwelligen Aufnahme bei Entzugssymptomen und kaum im Absetzen erfahrene Ärzte.

Für Hilfesuchende sind seriöse Informationsquellen im Internet von großem Wert (Tab. 1) [133]. Hervorzuheben ist das Antidepressiva-Forum Deutschland, das über Abhängigkeit und unerwünschte Psychopharmakawirkungen aufklärt und Erfahrungsaustausch beim Absetzen anbietet, wenn Betroffene bei ihren Ärzten auf Unverständnis stoßen [134].

Fazit

Wenn Ärzte Antidepressiva und Neuroleptika verordnen, ohne auf mögliche Entzugssymptome beim Reduzieren oder Absetzen hinzuweisen, verstoßen sie gegen das Patientenrechtegesetz (§ 630e BGB) sowie gegen die Behandlungsleitlinien und machen sich zivil- und strafrechtlich angreifbar. Hersteller informieren grob fahrlässig über potenzielle Entzugssymptome mit dem Ergebnis, dass viele Ärzte sowie Patienten viel zu schnell absetzen, Entzugsphänomene mit Rückfällen verwechseln und Psychopharmaka erneut verordnen beziehungsweise einnehmen, statt mit geeigneten Hilfen die Entzugserscheinungen zu überwinden. Nötig sind die Anwendung einer Differenzialdiagnostik, um Entzugsphänomene von Symptomen der ursprünglichen psychischen Problematik zu unterscheiden, Informationen über risikomindernde Maßnahmen beim Reduzieren und Absetzen zu vermitteln sowie geeignete Formen ambulanter, teilstationärer und stationärer Unterstützung.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Markus Kaufmann

Dipl.-Sozialpädagoge (FH)
Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP

E-Mail: markus.kaufmann@mail.de



Peter Lehmann

Dipl.-Pädagoge, Dr. phil. h.c.
Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen, Eosanderstraße 15, 10587 Berlin

E-Mail: mail@peter-lehmann.de



Literatur

- Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav.* 2019;97:111-21.
- Read J et al. Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Res.* 2014;216:67-73.
- Read J et al. The interpersonal adverse effects reported by 1008 users of antidepressants; and the incremental impact of polypharmacy. *Psychiatry Res.* 2017;256:423-27.
- Read J, Williams J. Adverse effects of antidepressants reported by a large international cohort: Emotional blunting, suicidality, and withdrawal effects. *Curr Drug Saf.* 2018;13:176-86.
- Read J et al. Staying on, and coming off, antidepressants: The experiences of 752 UK adults. *Addict Behav.* 2019;88:82-5.
- Ostrow L et al. Discontinuing psychiatric medications: A survey of long-term users. *Psychiatr Serv.* 2017;68:1232-38.
- Henssler J et al. Antidepressant withdrawal and rebound phenomena – a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116:355-61.
- Zajacka J et al. Safety of abrupt discontinuation of fluoxetine: A randomized, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 1998;18:193-7.
- Allgulander C et al. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2006;9:495-505.
- Markowitz JS et al. An assessment of selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation symptoms with citalopram. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000;15:329-33.
- Montgomery SA et al. A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:1270-8.
- Ninan PT et al. Incidence and timing of taper/posttherapy-emergent adverse events following discontinuation of desvenlafaxine 50 mg/d in patients with major depressive disorder. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2015;17(1). doi: 10.4088/PCC.14m01715.
- Goodwin GM et al. Agomelatine Study Group. Agomelatine prevents relapse in patients with major depressive disorder without evidence of a discontinuation syndrome: A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:1128-37.
- Stein DJ et al. Agomelatine prevents relapse in generalized anxiety disorder: a 6-month randomized, double-blind, placebo-controlled discontinuation study. *J Clin Psychiatry.* 2012;73:1002-8.
- Montgomery SA et al. Absence of discontinuation symptoms with agomelatine and occurrence of discontinuation symptoms with paroxetine: A randomized, double-blind, placebo-controlled discontinuation study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2004;19:271-80.
- Khan A et al. Abrupt discontinuation compared with a 1-week taper regimen in depressed outpatients treated for 24 weeks with desvenlafaxine 50 mg/d. *J Clin Psychopharmacol.* 2014;34:365-8.
- Davidson JR et al. Duloxetine treatment for relapse prevention in adults with generalized anxiety disorder: A double-blind placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2008;18:673-81.
- Hartford J et al. Duloxetine as an SNRI treatment for generalized anxiety disorder: Results from a placebo and active-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2007;22:167-74.
- Oehrberg S et al. Paroxetine in the treatment of panic disorder: A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry.* 1995;167:374-9.
- Rosenbaum JF et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: A randomized clinical trial. *Biol Psychiatry.* 1998;44:77-87.
- Hindmarch I et al. Abrupt and brief discontinuation of antidepressant treatment: Effects on cognitive function and psychomotor performance. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000;15:305-18.
- Johnson CF et al. Reviewing long-term antidepressants can reduce drug burden: A prospective observational cohort study. *Br J Gen Pract.* 2012;62e773-9.
- Mojtabai R, Olfson M. National trends in long-term use of antidepressant medications: Results from the U.S. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Clin Psychiatry.* 2014;75:169-77.
- Huijbregts KM et al. Long-term and short-term antidepressant use in general practice: Data from a large cohort in the Netherlands. *Psychother Psychosom.* 2017;86:362-9.
- Verhaak PFM et al. What proportion of initially prescribed antidepressants is still being prescribed chronically after 5 years in general practice? A longitudinal cohort analysis. *BMJ Open.* 2019;9:e024051.
- Eveleigh R et al. Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: A randomised controlled trial in primary care. *BJGP Open.* 2017;1(4):bjgpopen17X101265. doi: 10.3399/bjgpopen17X101265.
- Belaïse C et al. Patient online report of selective serotonin reuptake inhibitor-induced persistent postwithdrawal anxiety and mood disorders. *Psychother Psychosom.* 2012;81:386-8.
- Davies J et al. Antidepressant withdrawal: A survey of patients' experience by the All-Party Parliamentary Group for Prescribed Drug Dependence. [Internet] 2018 [cited 2019 Apr 2]. Available from: <http://prescribeddrug.org/wp-content/uploads/2018/10/APPG-PDD-Survey-of-antidepressant-withdrawal-experiences.pdf>.
- Read J. Coping with coming off: Mind's research into the experience of people trying to come off psychiatric drugs. London: Mind; 2005. p. 14. Available from: https://d20wqiiibv9b23.cloudfront.net/resources/resources/000/000/648/original/MIND_Coming_Off_Drugs.pdf?1468799387.
- Haddad PM, Anderson IM. Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. *Adv Psychiatr Treat* [Internet] 2007 [cited 2019 Apr 2];13:447-57. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.692.9957&rep=rep1&type=pdf>.
- Schneider F et al, editors. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2nd ed. Berlin: Springer; 2017. p. 280.
- Fava GA et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review. *Psychother Psychosom.* 2015;84:72-81.
- Groot PC, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 2];10:142-5. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17522439.2018.1469163>.
- van Geffen EC et al. Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: Tapering versus abrupt discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;61:303-7.
- Phelps J. Tapering antidepressants: Is 3 months slow enough? *Med Hypotheses.* 2011;77:1006-8.
- Greden JF. Antidepressant maintenance medications: When to discontinue and how to stop. *J Clin Psychiatry.* 1993;54:39-45.
- Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Apr 2]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331536573_Tapering_of_SSRI_treatment_to_mitigate_withdrawal_symptoms.
- Breggin PR. *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients, and their families.* New York: Springer; 2013. p. 310.
- Maixner SM, Greden JF. Extended antidepressant maintenance and discontinuation syndromes. *Depress. Anxiety.* 1998;8(Suppl 1):43-53.
- Read J et al. Staying on, and coming off, antidepressants: The experiences of 752 UK adults. *Addict Behav.* 2019;88:82-5.
- Rosenbaum JF et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: A randomized clinical trial. *Biol Psychiatry.* 1998;44:77-87.
- Hulpigds. Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms (DESS) Scale [Internet]. 2010 Dec 23 [cited 2019 Apr 2]. Available from: <https://hulpigids.nl/assets/files/pdf/DESS.pdf>.
- Dilsaver SC. Monoamine oxidase inhibitor withdrawal phenomena: Symptoms and pathophysiology. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;78:1-7.
- Raja S et al. Withdrawal effects of tricyclic antidepressants and their management. *Journal of Global Trends in Pharmaceutical Sciences.* 2011;2:336-49.
- Fava GA et al. Withdrawal symptoms after serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor discontinuation: Systematic review. *Psychother Psychosom.* 2018;87:195-203.
- Chouinard G, Chouinard VA. New classification of selective serotonin reuptake inhibitor withdrawal. *Psychother Psychosom.*

- 2015;84:63-71.
47. American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen/Bern/Wien etc.: Hogrefe Verlag; 2015. p. 1298.
48. Bhat W, Kennedy SH. Recognition and management of antidepressant discontinuation syndrome. *J Psychiatry Neurosci*. 2017;42(4):E7-8.
49. Lahti P. Vorwort. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern*. 2nd ed. Berlin: Antipsychiatrieverlag; 2002. p. 9-11. Available from: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm>.
50. Lehmann P. Wer hat Angst vor BeMAPPs? Warum die Hilfe beim Absetzen von Neuroleptika verweigern? In: Becken K, editor. *Ihre Geister sehen/Seeing Her Ghosts*. Wien: Verlag für moderne Kunst; 2017. p. 50-1. Available from: <http://bit.do/bemapps>.
51. Lehmann P. Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen. Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. 2016(2):8-11. Available from: <http://bit.do/bpe-ad-absetzen>.
52. Lehmann P. Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika. In: Lehmann P et al. *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen*. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks. Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2017. p. 19-174.
53. Woggon B. Neuroleptika-Absetzversuche bei chronisch schizophrenen Patienten. 1. Literaturzusammenfassung. *Internat Pharmacopsych*. 1979;14:34-56.
54. Degkwitz R. Wirkungsprinzipien moderner Psychopharmaka. In: Heinrich K, editor. *Pharmako-psychiatrische Probleme in Klinik und Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1969. p. 13-27.
55. Janssen Pharmaceuticals, Inc. The importance of total wellness. *Choices in Recovery*. 2012;9(2):12.
56. Lehmann P. Paradigm shift: Treatment alternatives to psychiatric drugs, with particular reference to LMICs. In: Davidson L, editor. *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Well-being*. London/New York: Routledge; 2019. p. 251-69.
57. Finzen A et al. Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie. *Soziale Psychiatrie*. 2015;39(2):16-9. Available from: <http://bit.do/absetzen-bremen>.
58. Gaebel W, Hasan A, Falkai P, editors. *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Berlin: Springer; 2019. 446 p.
59. Aufrechterhaltung der Tablettensucht durch ärztliche Tablettenverschreibung – StGB § 223. *NJW*. 1988;41:2965.
60. Herbeiführung einer weiteren Sucht durch einen Arzt anlässlich Substitutionsbehandlung – StGB §§ 15, 223, 229. *NJW*. 2003;56:371-3.
61. Holznagel I et al. Schadensmanagement für Ärzte – Juristische Tipps für den Ernstfall. 2nd ed. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag; 2013. p. 206.
62. neuraxpharm Arzneimittel GmbH. Haloperidol neuraxpharm® 5 mg/– 12 mg/– 20 mg. Langenfeld: Fachinformation. In: Rote Liste Online. Frankfurt am Main: Rote Liste Service GmbH [Internet]. 2014 Aug [cited 2017 Feb 8]. Available from <http://online.rote-liste.de>.
63. Janssen Pharmaceutica Inc., SmithKline-Beecham. Werbeanzeige. *Am J Psychiatry*. 1996;153(3):A15-7.
64. Heinz A. Körpertherapeutische Techniken. In: Dörner K et al, editors. *Irren ist menschlich – Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie*. 24th ed. Köln: Psychiatrieverlag; 2017. p. 853-88.
65. Battagay R. Entziehungerscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptika als Kriterien zu ihrer Differenzierung. *Nervenarzt*. 1966;37:552-6.
66. Degkwitz R. I-Dopa-Behandlung des Parkinson-Syndroms und Wirkungsweise der Neuroleptika. *Med Klin*. 1969;64:1451-6.
67. Degkwitz R, Luxenburger O. Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neuroleptika. *Nervenarzt*. 1965;36:173-5.
68. Degkwitz R. Leitfaden der Psychopharmakologie für Klinik und Praxis. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 1967. p. 512.
69. Tranter R, Healy D. Neuroleptic discontinuation syndromes. *J Psychopharmacol*. 1998;12:401-6.
70. Lehmann P. *Schöne neue Psychiatrie. Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern*. E-Book. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2018. p. 573.
71. Sommer H, Quandt J. Langzeitbehandlung mit Chlorpromazin im Tierexperiment. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1970;38:466-91.
72. Chouinard G et al. Supersensitivity psychosis and tardive dyskinesia. *Psychopharmacol Bull*. 1986;22:891-6.
73. Witschy JK et al. Psychosis after neuroleptic withdrawal in a manic-depressive patient. *Am J Psychiatry*. 1984;141:105-6.
74. Greil W, Schmidt S. Absetzsyndrome bei Antidepressiva, Neuroleptika und Lithium. *MMW*. 1988;130:704-7.
75. Steiner W et al. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis in patients with bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;81:437-40.
76. Aderhold V. Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika. In: Lehmann P, Aderhold V, Rufer M, Zehentbauer J. *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen*. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks. Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2017. p. 198-222.
77. Schooler NR et al. One year after discharge. *Am J Psychiatry*. 1967;123:986-95.
78. Chouinard G et al. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis. *Am J Psychiatry*. 1978;135:1409-10.
79. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III – the final common pathway. *Schizophr Bull*. 2009;35:549-62.
80. Gur RE et al. A follow-up magnetic resonance imaging study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:145-52.
81. Grace AA. Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopamine system responsiveness. *Neuroscience*. 1991;41:1-24.
82. Abi-Dargham A et al. Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2000;97:8104-9.
83. Chouinard G et al. A 5-year prospective longitudinal study of tardive dyskinesia: factors predicting appearance of new cases. *J Clin Psychopharmacol*. 1988(4 Suppl):215-65.
84. Chouinard G et al. A ten year follow-up of supersensitivity psychosis. *Biol Psychiatry*. 1990;27(4):110A.
85. Chouinard G et al. Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis: Pharmacology, criteria, and therapy. *Psychother Psychosom*. 2017;86:189-219.
86. Chouinard G, Chouinard V-A. Atypical antipsychotics: CATIE study, drug-induced movement disorder and resulting iatrogenic psychiatric-like symptoms, supersensitivity rebound psychosis and withdrawal discontinuation syndromes. *Psychother Psychosom*. 2008;77:69-77.
87. Chouinard G, Jones BD. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: clinical and pharmacologic characteristics. *Am J Psychiatry*. 1980;137:16-21.
88. Chouinard G, Jones BD. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis, the »Hump Course«, and tardive dyskinesia. *J Clin Psychopharmacol*. 1982;2:143-4.
89. Margolese HC et al. Therapeutic tolerance and rebound psychosis during quetiapine maintenance monotherapy in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22:347-52.
90. Tornatore FL et al. Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka. Stuttgart/New York: Thieme Verlag; 1991. p. 198.
91. Jenner P, Marsden CD. Neuroleptics and tardive dyskinesia. In: Enna SJ, Coyle JT, editors. *Neuroleptics*. New York: Raven Press; 1983. p. 223-53.
92. Rupniak NM et al. The effect of chronic neuroleptic administration on cerebral dopamine receptor function. *Life Sciences*. 1983;32:2289-311.
93. White FJ, Wang RY. Differential effects of classical and atypical antipsychotic drugs on A9 and A10 dopamine neurons. *Science*. 1983;221:1054-7.
94. Gunne LM, Häggström J-E. Experimental tardive dyskinesia. *J Clin Psychiatry*. 1985;46(4, Section 2):48-50.
95. Spivak B et al. Neuroleptic malignant syndrome during abrupt reduction of neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;81:168-9.
96. Ungerstedt U, Ljungberg T. Behavioral patterns related to dopamine neurotransmission. *Adv Biochem Psychopharmacol*. 1977;16:193-9.
97. Möller H-J. Neuroleptika als Tranquilizer: Indikationen und Gefahren. *Med Klin*. 1986;81:385-8.

98. Lehmann P. Transparency first. Disclosure of conflicts of interest in the psychiatric field. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*. 2019;19:131-51. Available from: <http://bit.do/trans-first>.
99. Langfeldt M. Gefährdungshaftung gemäß § 84 AMG auf Grund von Fachinformationen für Antidepressiva oder Neuroleptika ohne Angaben zum Absetzen – Ein Ergebnis der Stagnation der Pharmaforschung? *Recht und Psychiatrie*. 2020;38(1) [in Vorbereitung].
100. Gonthier U. Zur Toleranzentwicklung bei langfristiger Psychopharmaka-Einnahme aus klinischer Sicht. In: *Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (BOP&P), editors. Dritte Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«*. Dokumentation. Berlin: BOP&P; 2018. p. 14-9. Available from: <http://bit.do/gonthier>.
101. User Research Centre, Dep. Psychiatry and Psychology, Maastricht UMC. Tapering-Strips. Maastricht: Universität Maastricht; [Internet] April 2019 [cited 2019 Jul 2]. Available from: <https://www.taperingstrip.de>.
102. Schlimme JE et al. Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrieverlag; 2018. p. 282.
103. Rufer M. Angst machen – Angst nehmen. Beim Absetzwunsch wird die Meinung der Ärzte zur Gefahr. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 221-35.
104. Read J. Coping with coming off: Mind's research into the experience of people trying to come off psychiatric drugs. London: Mind; 2005. 14 p. Available from: https://d20wqibv9b23.cloudfront.net/resources/000/000/648/original/MIND_Coming_Off_Drugs.pdf?1468799387.
105. Wallcraft J. Betroffenenkontrollierte Forschung zur Untermauerung alternativer Ansätze. Die Rolle von Forschung im psychosozialen System. In: Lehmann P, Stastny P, editors. *Statt Psychiatrie 2*. Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2007. p. 358-68.
106. Lehmann P. Zusammenfassung und spezielle Aspekte beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 323-65.
107. Peeck G et al. Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*. 1995;25(4):30-4. Reprinted in: *Mitgliederrundbrief des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener*, 1996(1):8-12. Available from: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/umfrage.htm>.
108. Bairaktaris K. Praised to the honored. In: Bairaktaris K, editor. *Proceedings of the European Congress against Discrimination and Stigma, for User-Oriented Reforms in Psychiatry and the Right to Alternatives*. Thessaloniki: Aristotle University of Thessaloniki; 2010. p. 57-61. Deutsche Übersetzung in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 2011;43:382-3. Available from: <http://www.peter-lehmann.de/document/bairaktaris-rede.pdf>.
109. Christoph A et al. Das Leben wieder in den Griff bekommen. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste; 2009. 131 p. Available from: http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/Theoriebuch_PDF_swDrucker.pdf.
110. Lehmann P. PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a. 2015, Dezember 18 [Internet]. [cited 2019 Apr 9]. Available from: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/psychpav.htm>.
111. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN [Internet]. 2014 Sep 23 [cited 2019 Apr 9]. Available from: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/ethik.html#9>.
112. Ochsenknecht A. Die seelische Balance – Pflanzenheilkundliche Unterstützung bei psychischen Problemen und beim Entzug von Psychopharmaka. In: Kempker K, Lehmann P, editors. *Statt Psychiatrie*. Berlin: Antipsychiatrieverlag; 1991. p. 82-94.
113. John K. Absetzen und Entgiftung von Psychopharmaka aus naturheilkundlicher Sicht. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 270-87.
114. Kempker K. Erfolg in Zahlen? In: Kempker K, editor. *Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglauffhaus*. Berlin: Antipsychiatrieverlag; 1998. p. 270-9.
115. Zehentbauer J. Wer hat Angst vor dem Absetzen? Ärztliche Beratung und psychotherapeutische Gespräche beim Absetzen von Dämpfungsmitteln und Beruhigungsmitteln. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 205-20.
116. Besati O. Widrigkeiten. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 163-6.
117. Aderhold V et al. In: Lehmann P, Aderhold V, Rufer M, Zehentbauer J. *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen*. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks. Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2017. p. 304-17.
118. Boevink W. Ungeheuer aus der Vergangenheit. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 107-11.
119. Lindner U. Ich laufe um mein Leben. Wie ich die Heilung meiner Depressionen erreichte. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 137-47.
120. Jespersen M. Zwischen Lobotomie und Antidepressiva. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 80-2.
121. Bellion R. Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 305-17.
122. Bellion R. Kompetentes und erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka in der Selbsthilfe. In: *Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (BOP&P): Zweite Expertenrunde: PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Kompass »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«*. Dokumentation. Berlin: BOP&P; 2017. p. 23-6. Available from: <https://www.absetzen.info/regina-bellion/>.
123. Cohen O. Crashkurs in Psychiatrie. In: Lehmann P, editor. *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 123-9.
124. Lehmann P. 65 Jahre nonchalantes Wegschauen – Diskussion um die unterlassene Hilfe beim selbstbestimmten Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka im historischen Rückblick. Powerpoint-Vortrag bei der Tagung »Psychose-Begleitung und Neuroleptika« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Bad Honnef, 2016, June 3 [Internet]. [cited 2019 Apr 9]. Available from: <http://bit.do/wegschauen>.
125. Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (BOP&P), editors. *PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Curriculum »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«*. Expertenrunde. Berlin: BOP&P; 2016. p. 32. Available from: <http://bit.do/psychexit1>.
126. Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (BOP&P), editors. *Zweite Expertenrunde: PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Kompass »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«*. Dokumentation. Berlin: BOP&P; 2017. p. 32. Available from: <http://bit.do/psychexit-2>.
127. Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V.

- (BOP&P), editors. Dritte Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«. Dokumentation. Berlin: BOP&P; 2018. p. 32. Available from: <http://bit.do/psychexit-3>.
128. Bschor T. Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte. München: Südwest Verlag; 2018. p. 223.
 129. Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (NetzG-RLP) in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, dem Pfalzkrankenhaus Klingenmünster, dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen, Markus Kaufmann, Peter Lehmann und Anne Pesch. Aufklärungsbögen Antidepressiva. Trier: NetzG-RLP; 2018. p. 53. Available from: <http://bit.do/info-ad>.
 130. Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (NetzG-RLP) in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, dem Pfalzkrankenhaus Klingenmünster, Volkmar Aderhold und Peter Lehmann. Aufklärungsbögen Antipsychotika. 2nd ed. Trier: NetzG-RLP; 2017. p. 58. Available from: <http://bit.do/info-nl>.
 131. Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (NetzG-RLP) in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, dem Pfalzkrankenhaus Klingenmünster, Volkmar Aderhold und Peter Lehmann. Aufklärungsbögen Antipsychotika in deutscher, englischer, französischer, polnischer, spanischer, rumänischer, serbokroatischer, türkischer, russischer und arabischer Sprache. Trier: NetzG-RLP; 2018. p. 64. Available from: <http://bit.do/nl-inter>.
 132. Lehmann P. (Einige) Offene Fragen Psychiatriebetroffener zum Absetzen von Psychopharmaka. In: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e. V. (BOP&P), editors. PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Curriculum »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«. Expertenrunde. Berlin: BOP&P; 2016. p. 15-24. Available from: <http://bit.do/offene>.
 133. Heffmann I. Austausch im Internet beim Absetzen von Psychopharmaka. In: Lehmann P, editor. Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. 5th ed. Berlin/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag; 2019. p. 301-4.
 134. Lehmann P et al. Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen. Soziale Psychiatrie. 2017;41(2):18-21. Available from: <http://bit.do/sp2017>.

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVND



BDN



BVDP

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater



Was zeigt dieses Bild? Seite 56

Neues
aus dem G-BA

NEUROTRANSMITTER-
TELEGRAMM
für Mitglieder

Psychiatrische Versorgung 10

Meilenstein zur Verbesserung erreicht

Impfen und Multiple Sklerose 16

Risiken laut Studienlage nicht erhöht

Absetzen von Antidepressiva 26

Was im Alltag zu beachten ist

Diagnostik von Myopathien 38

Update zu Muskelerkrankungen



Springer Medizin

