

## Resümee

**Peter Lehmann**

### **Zusammenfassung und spezielle Aspekte beim Absetzen psychischer Psychopharmaka**

Für die Betroffenen bedeutet der Einsatz psychiatrischer Psychopharmaka, dass ihre unerwünschten und störenden Gefühle erst einmal weniger belasten; sie werden mit dem Risiko gravierender »Nebenwirkungen« unterdrückt. Diese Gegenreaktion auf den pharmakologischen Verdrängungsprozess kann aus körperlichen, geistig-zentralnervösen und psychischen Krankheitssymptomen bestehen.

Die Behandelten riskieren, ihre Handlungsfähigkeit zu verlieren, ihr Körper kann zum Absatzmarkt für Produkte der Pharmaindustrie sowie zum Zwischen- oder Endlager potenziell toxischer Stoffwechselprodukte werden. Schaffen sie den Ausstieg aus der Psychiatrie oder zumindest das Wegkommen von den üblichen relativ hohen Dosierungen und Kombinationen nicht, droht ihnen die fortgesetzte Verabreichung von Psychopharmaka und der Verfall ihrer Gesundheit und Lebenskraft.

### **Wie vorgehen?**

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

Diese Aussage von Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll schließt auch das Behandlungsende ein. Niemand kann vorhersagen, wie ein Absetzprozess von Psychopharmaka im Einzelnen verlaufen wird. Man entscheidet sich, einen bestimmten Weg einzuschlagen, man handelt – möglichst vor- und umsichtig – und orientiert die einzelnen

Schritte an der jeweiligen Situation. Allerdings lassen sich Tendenzen erkennen, die helfen, den Überblick zu bewahren und die Chancen zu verbessern, dass der Absetzprozess erfolgreich endet.

Dem zum Trotz fördern viele Ärzte 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 zu warnen. Dies ist wenig überraschend, denn man lehrt sie in ihrer Ausbildung, in »Fachinformationen«, in Werbebrochüren und anderen pharmafirmengesponserten Publikationen und Kongressen, mit Ausnahme von Benzodiazepinen würden psychiatrische Psychopharmaka nicht abhängig machen (und demzufolge keine Entzugsprobleme bereiten). Wie eingangs erwähnt, unterschlagen Herstellerfirmen in aller Regel das Abhängigkeitsrisiko von Antidepressiva und Neuroleptika und legen verantwortungslos kurze Zeiträume nahe, in denen ihre Produkte abgesetzt werden könnten (Langfeldt, 2018).

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

### **Gesammelte Standardratschläge**

Seit Anfang der 1980er-Jahre erschienen diverse Publikationen kritischer Psychopharmakabetroffener und ihrer Unterstützer mit Ratschlägen zur Risikoverminderung beim Absetzen (NAPA, 1984; Caras, 1991; Breggin & Cohen, 2000; AGIDD-SMQ u.a., 2003; Icarus Project & Freedom Center, 2009; Breggin, 2012; DGSP, 2014; Aderhold u.a., 2017; Inner Compass Initiative, 2017; Schlimme u.a., 2018). Viele ihrer Empfehlungen entsprechen den Erfahrungen, von denen die Autorinnen und Autoren im vorliegenden Buch berichten.

Gelegentlich scheinen Entzugs- und Absetzprobleme unüberwindlich und der Absetzprozess droht zu scheitern. Anstelle einer neuen Verabreichung der Psychopharmaka in der ursprünglichen Dosis oder einer Klinikaufnahme mit der Gefahr, dass die ursprünglichen Dosierungen massiv heraufgesetzt oder zusätzlich Elektroschocks verabreicht werden, würde es oft reichen, so ein Autorenteam um den Berliner Psychiater Jann Schlimme, zum letzten Dosisschritt zurückzukehren, ein Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nutzen und Geduld und Gelassenheit aufzubringen, um eine Krisensituation mit einfachen Mitteln zu bewältigen und dann mit dem Reduzieren fortzufahren (Schlimme u.a., 2018, S. 92f.).

Wer selbst den Prozess des Absetzens von Psychopharmaka durchlaufen und zudem häufig mit Menschen zu tun hat, die Psychopharmaka absetzen, kennt viele Faktoren, welche die Probleme des Absetzens lindern und dabei helfen, den großen freigewordenen Raum, den bisher die »Krankheit« und deren psychopharmakologische Unterdrückung eingenommen hat, mit neuen, selbstgewählten Inhalten zu füllen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen hier solche hilfreichen Faktoren genannt sein.

#### *Nichts überstürzen*

So lautet auch der erste Ratschlag des Arztes David Richman aus Berkeley, Kalifornien. Um dem Groll seiner Kollegenschaft zu entgehen, hatte er eine Broschüre zum Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka 1984 unter einem Pseudonym »Dr. Caligari« verfasst. Im Einzelnen erläuterte er seine Ratschläge am Beispiel von Chlorpromazin, dem Neuroleptika-Prototyp:

»Wegen der häufig unangenehmen Wirkungen der Psychopharmaka hören die Betroffenen oft plötzlich bei der ersten sich bietenden Gelegenheit mit der Einnahme auf. Dies kann noch ernsthaftere Entzugsprobleme verursachen. Abruptes Absetzen ist *nicht* der beste Weg, um von Psychopharmaka loszukommen. (...)

Hat man die Psychopharmaka-einnahme gestoppt, ist die Zeitspanne bis zum Auftreten von Entzugserscheinungen unterschiedlich. 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 Psychopharma-

ka 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 Dosis, 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. Deshalb steigt bei starkem und abruptem Ansteigen des Psychopharmakaspiegels im Blut die Wahrscheinlichkeit, dass quälende Psychopharmakawirkungen auftreten. Wenn andererseits der Blutspiegel plötzlich abfällt, erleidet man umso eher quälende *Psychopharmaka-Entzugserscheinungen*.

Psychopharmaka werden vom Körper verschiedenen schnell aufgespalten, neutralisiert und eliminiert. Dieser Faktor, genannt ›Halbwertszeit‹, ist sehr wichtig. Psychopharmaka mit kurzen Halbwertszeiten, 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 längeren Halbwertszeiten werden langsamer abgebaut und verursachen Entzugsreaktionen, die später beginnen, dafür aber länger anhalten. (...)

Eine Anzahl weiterer Faktoren wirkt sich auf die Schwierigkeit des Entzugs aus: die Art des Psychopharmakons, die Dosis und die Einnahmedauer, der allgemeine Gesundheitszustand des Betroffenen und seine 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 wich-

tig, 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 die Einnahme der Psychopharmaka vielleicht am liebsten einfach stoppen (...).

#### *Allmählicher und stufenweiser Entzug: die 10%-Formel*

Wenn man diese Formel benutzt, wird der Entzug durchgeführt, indem man die Dosis stufenweise in aufeinander folgenden Schritten verringert, wobei jeder Schritt so lange wie nötig dauern sollte. Wenn Sie psychiatrische Psychopharmaka jahrelang eingenommen haben, kann es viele Wochen oder sogar länger dauern, von ihnen vollständig loszukommen. Bei dem vorgeschlagenen Schema wird die Dosis um jeweils 10% der derzeitigen Höhe in zehn aufeinander folgenden Stufen vermindert.

Bei einem Entzug von beispielsweise ursprünglich 500 mg Chlorpromazin pro Tag würde die Einnahme auf jeder Stufe um 50 mg verringert (10 % von 500 mg = 50 mg).

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

Stufe 2: Gehen Sie jetzt von 450 mg auf 400 mg und warten Sie wieder mehrere Tage oder eine Woche, bis Sie damit 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, diese Schema umzusetzen. Sie könnten als erstes die Morgendosis verringern und absetzen, dann die Nachmittags- und zuletzt die Abenddosis. Eine andere Möglichkeit wäre, als erste Stufe die Morgendosis um 50 mg zu verringern (wenn wir beim Beispiel mit Chlorpromazin bleiben), dann als zweite Stufe die Nachmittagsdosis um 50 mg, dann als dritte Stufe die Abenddosis um 50 mg, dann als vierte Stufe die Morgendosis um weitere 50 mg usw. bis zum kompletten Absetzen.

Haben Sie nach einer Dosisverringerung so etwas wie Entzugerscheinungen, dann bleiben Sie bei dieser Dosis, bis sie abklingen oder verschwinden. Machen Sie erst danach den nächsten Schritt. Als Alternative können Sie zur vorherigen Stufe (mit der höheren Dosis) zurückkehren, wo Sie besser zurechtkamen, und dort bleiben, bis Sie mit dem nächsten Schritt fortfahren.

Manchmal wird der erste Teil der Reduzierung keinerlei Probleme bereiten. 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 und dann auf 30 mg gehen usw.

Um diese stufenweise Methode anzuwenden, kann es notwendig sein, unterschiedliche Tablettenstärken zu benutzen oder Ihre Tabletten oder Kapseln zu zerschneiden. Pillen mit harter Hülle lassen sich nur schwer in gleichgroße Stücke zerteilen. Normalerweise sind sie markiert, das heißt, sie haben eine Kerbe in der Mitte, die es erleichtert, sie mit Ihren Fingern zu halbieren oder zuletzt zu vierteln. Kapseln sind schwieriger zu zerschneiden. Wenn man sie mit dem Messer oder der Rasierklinge halbiert, läuft der Inhalt aus, und man muss den unverbrauchten Kapselinhalt in einem Behältnis aufbewahren.« (NAPA, 1984, S. 54-56)

Die 10%-Formel ist eher als Beispiel denn als konkrete Anleitung zu verstehen. Das Absetzen in prozentualen Schritten kann erfolgen, indem man sich entweder an der Dosis zu Beginn des Absetzprozesses orientiert oder aber an der jeweils letzten Dosis. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Schwierigkeiten beim Absetzen potenziell größer werden, je kleiner die verbleibende Dosis wird.

Darüber hinaus wäre eine durchschnittliche Dosisreduzierung in zehn aufeinander folgenden Stufen um jeweils 10 % bei einer längerfristigen und hochdosierten Einnahme von Psychopharmaka zu schnell bzw. bei nur kurzfristiger Einnahme unnötig langsam. Die Dosisreduzierung muss nicht immer in gleich großen Schritten und Zeitabständen erfolgen. Der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Absetschritten ist individuell unterschiedlich.

Es gibt Empfehlungen, jeweils drei bis zwölf Wochen von einem Schritt zum nächsten zu warten (Schlimme u.a., 2018, S. 67f.). Bei auftretenden Problemen kann man beispielsweise zum letzten Dosisschritt zurückkehren und einige Zeit verstreichen lassen, bis man wieder den nächsten, eventuell kleineren Reduktionsschritt macht. Peter Breggin (2012, S. 196) empfiehlt, den Absetzprozess versuchsweise mit einer kleineren Reduzierung zu beginnen, um zu sehen, wie man damit klar kommt.

#### *Was, wenn kleinschrittiges Reduzieren technisch schwierig ist?*

In der Regel unterlässt es die Pharma industrie, Tabletten oder Kapseln in Produkteinheiten anzubieten, die ein kleinschrittiges Absetzen ermöglichen. Treten dann beim Absetzen Entzugsprobleme auf und finden kein Verständnis von ihren behandelnden Ärzten, müssen die Betroffenen sehen, wie sie alleine klar kommen. Dabei gibt es eine Reihe von – mehr oder weniger anspruchsvollen – Möglichkeiten, auf eigene Faust kleinschrittig abzusetzen.

*Umstellung in Tropfen.* Solange die Arzneimittelbehörden, Apotheker kommissionen und Ärztevereinigungen der verantwortungslosen Grundhaltung der Pharma industrie weiterhin tatenlos zuschauen, liefert die Umstellung in leicht verringerte oder verdünnbare Tropfen für die Betroffenen und ihre Unterstützer eine Möglichkeit, diesem Problem aus dem Weg zu gehen.

*Rezepturen.* Möglich sind auch ärztliche Rezepturen; mit diesen Verordnungen werden Apotheker angewiesen, Kapseln oder Tabletten in nahezu jeder Dosierung eines Psychopharmakons herzustellen. Schlimme beschreibt das Verfahren:

»Hierzu muss der Arzt eine ›Rezeptur‹ aufschreiben, die eine exakte Anzahl an Kapseln mit der exakten Dosis der wirksamen Substanz sowie die Einnahmerhythmus angibt (z. B.: 60 Kps Olanzapin à 1,4 mg, 1 x tgl.). Der Apotheker stellt diese Kapseln dann unter Zusatz von Füllstoffen (meist Lactose) aus gemörserten, industriell hergestellten Tabletten dieses Wirkstoffes her. Da es sich um aufwendige Handarbeit handelt, benötigt die Apotheke zur Herstellung meist einige Tage. Problematisch ist dieses Vorgehen bei retardierten (*ihren Wirkstoff verzögert abgebenden*) Tablettenformen. Diese können oftmals nicht geringer dosiert werden als industriell angeboten, da sich beim

Mörsern die Retardwirkung verliert. Jedoch können viele retardierte Fertigarzneimittel geteilt werden (z. B. bei bestimmten Quetiapin-Retardtabletten). Im Bedarfsfall stehen hier die Apotheken mit Rat und Tat zur Seite und informieren sich für die Betreffenden bei den Herstellerfirmen.« (Schlimme u.a., 2018, S. 87)

*Ausschleichstreifen.* Eine weitere Möglichkeit zum kleinschrittigen Absetzen (Ausschleichen) bietet das »Tapering-Projekt« mit seinen Tapering-Strips (Ausschleichstreifen, Streifenverpackungen). Initiiert wurde es 2010 von Cinderella Therapeutics. Diese gemeinnützige niederländische Stiftung übertrug es 2017 an das betroffenen geleitete Forschungszentrum der Universität Maastricht, welches das Verfahren wie folgt beschreibt:

»In einem Tapering-Strip wird das Medikament in einer Rolle oder einem Streifen kleiner Beutel mit Tagesrationen verpackt. Jeder Beutel ist nummeriert und hat die gleiche oder etwas niedrigere Dosis wie die vorherige Verpackung.

Die Streifen sind in Serien für jeweils 28 Tage erhältlich und Patienten können einen oder mehrere Streifen verwenden, um das Tempo der Dosisreduzierung im Laufe der Zeit zu regulieren. Die auf jedem Beutel aufgedruckten Dosis- und Tagesinformationen ermöglichen es den Patienten, den Fortschritt ihrer Reduzierung präzise aufzuzeichnen und zu überwachen.« (User Research Centre, 2019)

Ausschleich- und Stabilisierungsstreifen enthalten den Wirkstoff für einen Zeitraum von je 28 Tagen. Einschließlich Versand kostet der Ausschleichstreifen durchschnittlich € 77.–, der Stabilisierungsstreifen (mit gleichbleibender Dosis) € 38.50 (Stand: Mai 2019). Informationen und ärztlicherseits zu unterschreibende Bestellformulare stehen im Internet zur Verfügung (ebd.).

*Pillenschneider / Feinwaage.* Wem Ausschleichstreifen vorenthalten werden oder wer sie sich finanziell nicht leisten kann oder doch lieber auf eigene Faust vorgehen will, kann auch zu anderen Hilfsmitteln greifen. Während man Tabletten mit Tablettenteilern (Pillenschneider) oder Feinwaagen recht präzise aufteilen bzw. abwiegen kann, stellen Pulverkapseln ein Problem dar. Sie 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, besteht eine Möglichkeit darin, vor dem stufenweisen Entzug auf die Einnahme in Tropfenform umzusteigen. Manche röhren das Pulver in Pudding ein und nehmen diesen dann portionsweise zu sich. So wird der Wirkstoff einigermaßen gleichmäßig aufgeteilt.

*Wasserlössemethode.* In Betroffenengruppen ist auch die Wasserlössemethode bekannt. Damit kann man unretardierte Psychopharmaka, das heißt Substanzen, die ohne Verzögerung verstoffwechselt werden (wie z. B. Citalopram oder Mirtazapin), in beliebige Dosisschritte aufteilen. Man löst die Tablette in lauwarmem Wasser auf und saugt mit Hilfe einer Spritze (mit vorher entfernter Nadel) die errechnete Teilmenge des Wassers ab, bevor man den verbliebenen Rest zu sich nimmt. Ein Beispiel mit einer 20mg-Tablette: Man teilt oder zermörsert sie und löst sie unter ordentlichem Umrühren in 100 ml Wasser auf. Dabei berechnet man per Dreisatz, wieviel Milliliter die gewünschte Reduktionsmenge entspricht. Wer nur noch 18 mg des Wirkstoffs einnehmen möchte, was 90 ml entspricht, muss 10 ml (= 2 mg) mit der Spritze absaugen, um dann die verbliebene Dosis zu sich zu nehmen. Allerdings lösen sich nicht alle unretardierten Tabletten gut auf; Paroxetin beispielsweise scheint sich hierfür nicht zu eignen (Heffmann, 2019).

Mit dieser Methode können auch in Tropfenform einzunehmende Substanzen weiter verringert werden. Einen Überblick über die Zermörserbarkeit und alternative Anwendungsformen von Tabletten sowie ihren Wirkstoffen liefert das Universitätsspital Basel (2018). Welche Wirkstoffe sich hinter den dort ausschließlich verwendeten Schweizer Handelsnamen verbergen, findet man im Internet auf [bit.do/psy-liste](http://bit.do/psy-liste).

*Apfelmus / Leerkapseln.* Anders stellt sich die Sache dar, wenn die Kapseln Kügelchen enthalten. Deren Hülle bewirkt, dass sie den Magen passieren und den Darm erreichen, von dem die Wirkstoffe dann optimal aufgesogen werden. Die abgezählten Kügelchen kann man mit einem Löffel Apfelmus einnehmen; dessen pH-Wert (Maß für den sauren Charakter einer wässrigen Lösung) sollte bei ungefähr 3.5 liegen. Sind die Kügelchen unter das Apfelmus eingerührt, soll dieses innerhalb von zwei Stunden unzerkaut gegessen werden, und man soll eine Stunde davor und danach keine Milchprodukte zu sich nehmen. Diese Empfehlungen können aus einer Studie der Pharmafirma Eli

Lilly geschlossen werden. Sie beschreibt, wie Menschen mit Schluckstörungen das Antidepressivum Cymbalta<sup>1</sup> einnehmen können, wenn die Kückelchen mit den Wirkstoffen aus der Kapsel entnommen sind und den Magen passieren sollen, ohne bereits dort von der Magensäure zersetzt zu werden (Wells & Losin, 2008). Noch einfacher ist es, in der Apotheke oder im Internet Leerkapseln zu kaufen und die Kückelchen in (sorgfältig) abgezählten und stufenweise verringerten Mengen einzunehmen.

#### *Besondere Vorsichtsmaßnahmen*

Wie die eingangs erwähnte niederländische Discontinuation of Antidepressants Taskforce (Arbeitsgruppe zum Absetzen von Antidepressiva) mitteilt, sind die Bedingungen, unter denen Verabreichungsformen umgewandelt und Dosierungen reduziert werden müssen, alles andere als befriedigend: Bei flüssigen Substanzen in geringer Dosis würden häufig Dosierungsfehler entstehen. Beim Abzählen von Kückelchen, die man aus Kapseln herausnimmt, käme es leicht zu Rechenfehlern. Minimaldosierungen für 1-mg-Spritzen ließen sich nicht mit ausreichender Sicherheit abmessen. Die Bioverfügbarkeit flüssiger Zubereitungen könnte gegenüber Tabletten um bis zu 25 % höher sein. Dosierungen in Milligramm würden nicht Dosierungen in Millilitern entsprechen (KNMP u.a., 2018, S. 6f.).

**Und beim Übergang von der letzten Minidosis auf Null ist erhöhte Vorsicht geboten.** Häufig nehmen die Entzugsprobleme um die Nulllinie exponentiell zu, das heißt, sie wachsen umso schneller, je geringer die verbleibende Dosis wird. Manche haben gar die Erfahrung gemacht, dass sie ihre Psychopharmaka garnicht mehr absetzen können. Für sie kann es erträglicher sein kann, eine geringe Dosis beizubehalten, als ganz auf die Psychopharmaka zu verzichten.

Letzteres trifft insbesondere bei Neuroleptika auf Clozapin zu, dessen komplettes Absetzen oft mit immensen Schwierigkeiten verbunden sein kann, oder bei zu großen Ängsten, den Absetzprozess nicht durchzustehen. Ein dogmatisches Herangehen, man müsse Psychopharmaka unbedingt im-

<sup>1</sup> Wirkstoff Duloxetin; im Handel als Ariclaim, Cymbalta, DuloxeHexal, Duloxetin, Duloxetine, Xeristar, Yentreve

mer und komplett absetzen, ist so abträglich wie der psychiatrische Lehrsatz, man müsse Psychopharmaka grundsätzlich auf Dauer einnehmen.

Immer wieder meldeten sich in der Vergangenheit Psychopharmakabetroffene zu Wort, deren besonders sensibles Nervensystem ihnen gerade beim Übergang von der letzten Minidosis auf Null gerade dann einen Streich gespielt hat, als sie sich bereits am Ziel wähnten. Je stärker und länger die Rezeptoren durch Neuroleptika oder die Wiederaufnahme der Botenstoffe nach verrichteter Tätigkeit durch Antidepressiva blockiert oder anderweitig manipuliert waren oder Downregulationen bzw. Hypersensibilitäten an Rezeptorsystemen entstanden, desto stärker können naturgemäß Rebound-, Hyper- und Supersensitivitätssymptome auftreten.

### *Weitere Ratschläge*

- **Sich informieren** über Risiken und unerwünschte Wirkungen psychiatischer Psychopharmaka ebenso wie über alternative Wege der Bewältigung psychischer Krisen. Entzugserscheinungen einkalkulieren, die noch nach Wochen einsetzen können:

»Entzug von psychiatrischen Psychopharmaka kann eine schwierige und anspruchsvolle Erfahrung sein. Sie sollten wissen, dass der Entzug manchmal mittleres oder schweres Unbehagen und totales Gefühl von Elend mit sich bringen kann. Wenn Sie mental auf diese Situation vorbereitet sind, verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass Sie ängstlich oder entmutigt werden. Geduld und Entschlossenheit sind notwendig.« (NAPA, 1984, S. 56f.)

Was die Discontinuation of Antidepressants Taskforce empfiehlt, sollte beim Absetzen aller Arten von Psychopharmaka berücksichtigt werden:

»Nach Ansicht von Experten (sowohl von Ärzten als auch von Patienten) ist die Erfolgsaussicht eines Absetzens von Antidepressiva teilweise von der Beratung durch den Arzt zum Zeitpunkt des Absetzens abhängig. In diesem Zusammenhang sind Informationen über eventuell auftretende Symptome, Vereinbarungen über die Dosisreduktionsrate und die Dosierungsschritte, die Erreichbarkeit für Konsultationen zwischendurch und regelmäßige Kontakte (von Angesicht zu Ange-

sicht, ansonsten telefonisch) wichtige Elemente. Der Absetzprozess muss vom Dienstleister und Patienten gemeinsam in der Weise gestaltet werden, dass für den Patienten die besten Entscheidungen getroffen werden.« (KNMP u.a., 2018, S. 5)

Bietet ein Arzt solche Informationen und Unterstützungsformen nicht von sich aus an, sollte man gewarnt sein und sich in der Beurteilung seiner Kompetenz nicht von seinem Titel täuschen lassen.

- **Planen.** Eventuell bereits vor dem Absetzen mit einer Änderung der Lebensumstände (Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte) oder des Umgangs mit sich selbst beginnen. Eventuell den Arzt wechseln, wenn abzusehen ist, dass dieser eine notwendige Unterstützung beim Absetzen verweigert oder dazu nicht fähig ist. Nahestehende wohlgesinnte Personen vom Vorhaben informieren. Unter der Annahme, dass hilfreiche psychiatrisch Tätige vorhanden sind, empfiehlt Volkmar Aderhold eine »Therapieversammlung« mit allen wichtigen therapeutischen und privaten Bezugspersonen zur Abwägung und Abstimmung des Vorgehens. Vor dem Absetzen das Risiko des Verlusts der Wohnung, Sozialunterstützung oder sonstiger Leistungen abklären, sofern deren Gewährung an die Bereitschaft zur Einnahme der Psychopharmaka gekoppelt ist. Die Emigration ins Ausland erwägen, wenn nationale Gesetze oder Gerichtsentscheidungen das selbstbestimmte Absetzen verhindern. Sich vorher Gedanken über den möglichen Zeitraum des Absetzens machen und die richtige Jahreszeit aussuchen. Josef Schöpf von der Psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne empfahl in einem Artikel über die Abhängigkeit von Benzodiazepinen, das Absetzen so zu planen, dass störende Entzugserscheinungen keine allzu unangenehmen sozialen Folgen nach sich ziehen – ein Rat, der durchaus auf andere Psychopharmaka zu übertragen ist:

»Der Zeitpunkt des Absetzens soll so gewählt werden, dass ein vorübergehender Leistungsabfall mit den Aufgaben des Patienten vereinbar ist.« (1985, S. 591)

- **Rat holen.** Mit Absetzerfahrenen sprechen. Sich einer Selbsthilfegruppe anschließen, in der die Individualität jedes Mitglieds respektiert wird. Vorsicht vor Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder sich einer Psychoedukation unterziehen ließen. Diese haben meist die Ideologie internalisiert, dass der

Rückfall mit 100%iger Sicherheit kommt, wenn man den ärztlichen Anweisungen nicht Folge leistet. Es gilt, sich keine Patentrezepte einreden und sich nicht unter Druck setzen zu lassen. Und nichts zu tun, von dem man annimmt, man täte anderen damit einen Gefallen oder könne sie damit beeindrucken.

- **Unterstützung suchen.** Organstärkende und entgiftende Präparate einnehmen. Chlorophyllreiche und schwefelhaltige Lebensmittel unterstützen die Entgiftung. Hierzu zählen alle essbaren grünen Pflanzen, Wildpflanzen, Kräuter, Gemüse, grüne Sprossen, Saft aus Weizengras (oder Gras aus anderen Getreidearten), zudem Meeressgemüse (Braun-, Rot- und Grünalgen) und Mikroalgen (Spirulina, Chlorella).

Unter Menschen sein, die den Psychopharmaka-Entzug verstehen. Eventuell Ärzte aufsuchen, die Verständnis, Einfühlungsvermögen und Takt haben. Vorsicht walten lassen gegenüber sich verständnisvoll gebenden Ärzten, die einem beim Auftreten geringster Probleme den Absetzwunsch ausreden wollen und andere psychiatrische Psychopharmaka als besser verträgliche Alternativen empfehlen. Aderhold empfiehlt:

»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.« (2010, S. 67)

- **Entzugslindernde Substanzen bereithalten.** Im Buch »Statt Psychiatrie« beschreibt die Berliner Heilpraktikerin Anna Ochsenknecht Pflanzen, deren Wirkstoffe und Kombinationsmöglichkeiten, um psychische Zustände positiv zu beeinflussen und unabhängig von schädlichen Psychopharmaka zu werden. Sie berichtet:

»Ich arbeite viel mit Heilpflanzen. Sie regulieren nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Gleichgewicht. Das unterscheidet sie von den chemischen Arzneimitteln, die nur zur Beseitigung oder Unterdrückung eines bestimmten Symptoms dienen, ohne die Selbstregulierungskräfte zu aktivieren. Dadurch helfen sie auch, die schweren Entzugserscheinungen zu lindern oder völlig aufzufangen, die

beim Absetzen von Psychopharmaka entstehen können. Oft ist gerade die Angst vor Entzugssymptomen (u. a. Schlafstörungen, Herzjagen, Übelkeit, Schweißausbrüche, innere Unruhe) ein Grund, bei solch krank machenden Mitteln zu bleiben. Eine Angst, die von vielen Ärzten noch zusätzlich geschürt wird. Es ist wichtig, mit einem ganzheitlichen Blick nach Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen. Nicht nur Symptome zu lindern, sondern die Regulationskräfte in uns zu aktivieren und dadurch die seelische Balance neu zu finden. (...) Die Heilkräfte der Pflanzen können wir in Form von Tees, Auszügen (alkoholische/wässrige oder ätherische Öle) oder entsprechenden Dragées nutzen. Die von mir angegebenen Teemischungen und Rezepte verstehe ich als Anregung zum Ausprobieren, aber nicht als Dauertherapie für alle und auch nicht nach der Devise ›Viel hilft viel.‹ (1993, S. 83f.)

In Frage kommen auch Nahrungsergänzungsmittel wie Omega-3-Fettsäuren oder Acetylcystein (ACC). ACC wird bei bestimmten Vergiftungen eingesetzt, um die Normalisierung des Stoffwechsels zu unterstützen und innere Unruhe zu lindern. Auch B-Vitamine, Folsäure, L-Theanin und Resveratrol sollen eine zumindest geringe genesungsfördernde Wirkung haben (Schlimme u.a., 2018, S. 168-172). Zur Unterstützung des Entzugs kommt auch Cannabidiol in Frage, ein in Hanf enthaltener primär beruhigender, schlafanstoßender, angstlösender und antipsychotischer Wirkstoff (Campos u.a., 2012). Allerdings kann Cannabidiol Wechselwirkungen mit anderen Psychopharmaka aufweisen und deren Auswirkungen verändern, so dass Dosierungsanpassungen nötig werden können.

- **Rechtssicherheit herstellen.** Für den drohenden Fall eines erneuten Kontakts mit der Zwangspraxis einen Krisenplan entwerfen. Sich mit einer Psychosozialen Patientenverfügung (Krücke, 2007; Ziegler 2007; Lehmann, 2017) vor einer Zwangsbehandlung für den Fall der (Wieder-) Einweisung in die Klinik schützen und sich in diesem Zusammenhang rechtzeitig fragen: Was brauche ich, sollte ich wieder verrückt, depressiv, manisch, ängstlich usw. werden? Was tut mir dann gut? Was lehne ich ab? Was will ich? Was nehme ich notfalls in Kauf? Wo sind die Menschen, die mich unterstützen werden? Kann ich andere unterstützen?

- **Eine ruhige Umgebung schaffen.** Sich während des Entzugs von belastenden oder wenig belastbaren Angehörigen fernhalten. Stress und aggressive Orte meiden. Nicht ans Telefon gehen, wenn Telefonieren mit Stress verbunden ist. Aufdringliche psychiatrisch Tätige nicht in die Wohnung lassen. Sich an friedlichen Orten aufzuhalten, zum Beispiel ans Meer oder aufs Land fahren.
- **Sich körperlich betätigen.** Spazierengehen, wandern, Rad fahren, joggen, tanzen, schwimmen, Gymnastik, Aerobic. Bei hohen Außentemperaturen ins Fitnessstudio gehen. »Mäßigkeit ist ein Hauptprinzip: Steigern Sie Ihre Aktivitäten schrittweise.« (NAPA, 1984, S. 56)
- **Sich vernünftig ernähren.** Gut essen – regelmäßig, aber nicht übermäßig. Ballaststoffe, Vollwertkost, Salat, frisches Gemüse, Obst, eventuell Diät, viel Flüssigkeit. Eventuell Verzicht auf nervös machende Getränke wie Kaffee oder schwarzen Tee, Alkohol, Fertiggerichte, Zucker (Bonbons, Eis, Limonaden), Aufputschmittel und Drogen wie Marihuana oder Ecstasy. Wer an Kaffee oder schwarzen Tee gewöhnt ist und diesen im Rahmen des Absetzens von Neuroleptika weglässt, sollte einkalkulieren, dass dadurch deren Interaktion mit Neuroleptika entfällt und der Höhepunkt der behandlungsbedingten Parkinsonsymptome vorübergehend zeitlich wieder näher rückt und deren Intensität zunimmt (Lehmann, 2012).
- **Sich Gutes tun.** Wohltuende Musik hören, musizieren, sich mit Klangschalen beruhigen, angenehme Literatur lesen. Kontakt zu Freunden halten. Kreativ sein und sich darin bestätigen, dass man stark ist und den Absetzprozess durchhält.
- **Bewusst leben.** Briefe schreiben, Tagebuch führen. Gibt es unterstützende professionell Tätige, kann es vorteilhaft sein, gemeinsam ein fortlaufendes Protokoll über den Absetzprozess zu schreiben.
- **Und insbesondere auf ausreichenden Schlaf achten.** Wie Schlafproblemen mit natürlichen Mitteln begegnet werden kann, zeigt der Heilpraktiker Gerhard Leibold in seinem Buch »Schlafstörungen – Ursachen, Vorbeugung, ganzheitliche Therapie« (2001): Bei Kneippkuren erweitert warmes Wasser die Blutgefäße mit angenehmer Entspannung und Ermüdung. Schlaffördernd wirken körperliche Betätigung, Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training) und Autosuggestion. Das Bettgestell sollte aus

unbehandeltem Massivholz gebaut sein; Bettroste, Matratzen, Kissen und Oberbetten sollten ebenso aus geeignetem Material bestehen. Als bewährtes Hausmittel gilt ein Glas warme Milch mit Honig. Auf spätes Abendessen, koffeinhaltige Getränke und übermäßig viel Eiweiß am Abend sollte man lieber verzichten.

Anhaltende und quälende Schlafprobleme kann man mit pflanzlichen Substanzen (Baldrian, Cannabidiol [Wechselwirkungen mit parallel eingenommenen Psychopharmaka beachten!]), Hopfen, kalifornischer Mohn, Passionsblume, Kava-Kava, Lavendel, Melisse usw.) zu bekämpfen versuchen, mit meist rezeptfrei in Apotheken als Komplexmittel erhältlichen homöopathischen Medikamenten, ebenso mit Bach-Notfalltropfen oder mit Aromatherapie (in Form einzuatmender ätherischer Öle). Hilfreich sollen das in Tablettenform erhältliche körpereigene Hormon Melatonin (Harnisch, 2010, S. 93-96) und Nahrungsergänzungsmittel sein, die den Schlafwach-Rhythmus stärken (Ross, 2017, S. 282-290).

Schlafexperten empfehlen einen festen Tagesrhythmus, einen minimierten Mittagsschlaf (höchstens ein Nickerchen), einen ruhigen Schlafraum mit geeigneter Schlaftemperatur (in der Regel 14-16°C) und ohne PC, Fernseher oder Smartphone am Bett, Notizzettel am Bett zum Notieren hartnäckiger Gedanken, Schlaftagebücher zur besseren Beurteilung und Einschätzung von Schlafstörungen, Phantasiereisen (Riemann, 2016, S. 39-43), Stimuluskontrolle (Kopplung des Stimulus »Bett« an die Reaktion »Schlafen«) und Schlafrestriktion. Damit ist die Verringerung der Schlafdauer zwecks schnellerem Einschlafen in der Folgenacht gemeint (Spiegelhalder u.a., 2011).

Wer Alkohol als Schlafmittel nimmt, braucht sich nicht zu wundern, wenn die Schlafstörungen mit der Zeit größer werden.

Helfen all diese Ratschläge und Maßnahmen nicht und drohen Schlafstörungen zu eskalieren, kann man zur Not vorübergehend und kurzfristig auf Benzodiazepine zurückgreifen (Leibold, 2001, S. 89; Aderhold u.a., 2017, S. 228; KNMP u.a., 2018, S. 3). Aufgrund ihres Suchtpotenzials sollten diese allerdings unbedingt nur vorübergehend eingenommen werden, maximal ca. vier bis sechs Wochen – je kürzer desto besser –, und wenn man zwei, drei Tage schlafen konnte, sollte man besser eine Medikamenten-

pause machen. Wegen möglicher Entzugserscheinungen bei sich schnell abbauenden Substanzen sowie zwecks Vermeidung eines sogenannten Hangovers (»Katers«) bei Substanzen mit langer Wirkdauer sollte man sich zudem auf Präparate mit mittlerer Halbwertszeit (ca. 8 Stunden) beschränken. Informationen über Halbwertszeiten von Benzodiazepinen findet man im Internet unter [bit.do/benzo-hwz](http://bit.do/benzo-hwz).

Schlafprobleme machen den Betroffenen häufig zu schaffen. Psychopharmaka können Schlafprobleme in zweierlei Weise herbeiführen: Ihre Wirkung kann sich in Schlafstörungen niederschlagen, ihr Absetzen kann Schlaflosigkeit auslösen. Nach Wegfall der chemischen Dämpfung kann es sich bei Schlafstörungen um Reboundphänomene handeln oder um erneut zum Vorschein kommende, mit Schlafstörungen verbundene psychische Probleme.

Manchmal werden Schlafstörungen gemildert, wenn man störende Umweltbelastungen in ihrer Wirkung reduziert oder ausschaltet. In seinem Nachschlagewerk »Gifts im Alltag« nennt der Münchener Internist und Toxikologe Max Daunderer (2011) eine Reihe von Alltagsgiften, die Schlafstörungen bewirken können: Dioxine, Benzine, Formaldehyd, Holzschutz-, Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel, Schwermetalle, Furane, Amalgam, Blei, Schimmelpilze usw. Zu diesem Komplex passen noch elektromagnetische Felder, ebenso Fehlernährung, Tag-Nacht-Rhythmusstörungen (zum Beispiel durch Schichtarbeit), Lärm, Stress usw.

Manche finden dadurch zu besserem Schlaf, dass sie bedrückende und mit der Erinnerung an unangenehme Personen und Erlebnisse verbundene Gegenstände aus dem Schlafzimmer und eventuell der gesamten Wohnung verbannen. Der abendliche Konsum von Horrorfilmen oder die Verwendung von Horrorbüchern als Schlaflektüre kann Schlafprobleme verstärken (Ern & Fischbach, 2008, S. 149). Dies dürfte auch auf die Lektüre der eigenen Psychiatrieakten zutreffen.

Dass auch technische Herangehensweisen absetzbedingte Schlafstörungen reduzieren können, erläutert der Wirtschaftsingenieur Franz Mayerhofer in seinem Artikel »Schlafstörungen durch Elektrosmog?« (1998).

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

### *Tranquilizer*

Als hilfreich erwies sich, wenn die Betroffenen in Selbsthilfegruppen (Tattersall & Hallstrom, 1992) oder mit psychologischer Unterstützung nicht-psychopharmakologische Bewältigungsstrategien lernen (Ashton, 1994), zum Durchhalten ermutigt, aktiv mit den Problemen einer ständigen Tranquillizereinnahme konfrontiert (Bish u.a., 1996) und während des Entzugs und die Monate danach psychotherapeutisch begleitet werden (Otto u.a., 1993; Kaendler u.a., 1996). Im britischen Medikamentenverzeichnis findet sich eine Benzodiazepin-Absetzanleitung; man solle zuerst auf Diazepam umstellen, dann schrittweise reduzieren und Entzugserscheinungen nicht mit Neuroleptika unterdrücken:

»Ein Benzodiazepin kann ungefähr alle 14 Tage um ein Achtel der täglichen Dosis reduziert werden (die Spanne reicht von einem Viertel bis zu einem Zehntel). So könnte der Vorschlag für ein Absetzplan aussehen für Patienten mit Problemen:

1. Stellen Sie den Patienten auf die tägliche Diazepam-Äquivalenzdosis<sup>1</sup> um, vorzugsweise abends einzunehmen.
2. Verringern Sie die Diazepamdosis alle 2-3 Wochen; sollten Entzugserscheinungen auftreten, behalten Sie diese Dosis bei, bis sich die Symptome bessern.
3. Verringern Sie die Dosis weiter, falls nötig in kleineren Schritten<sup>2</sup>; lieber zu langsam reduzieren als zu schnell.
4. Gehen Sie auf Null; der benötigte Zeitraum für das Absetzen kann zwischen vier Wochen und einem Jahr oder länger liegen.

Psychologische Beratung kann hilfreich sein; ein Versuch mit Beta-

1 Ungefähr Äquivalenzdosen: Diazepam 5 mg = Lorazepam 0.5 mg, Lormetazepam und Loprazolam 0.5-1 mg, Nitrazepam 5 mg, Temazepam 10 mg, Chlordiazepoxid und Oxazepam 15 mg (»BNF«, 2008, S. 182)

2 »Die Schritte können der Ausgangsdosis und Behandlungsdauer angepasst werden und zwischen 0.5 mg (einem Viertel einer 2-mg-Tablette) und 2.5 mg Diazepam liegen« (ebd.)

blockern sollte nur gemacht werden, wenn andere Maßnahmen fehlgeschlagen; Antidepressiva sollten nur bei gleichzeitig bestehenden oder zutage tretenden Depressionen oder Panikstörungen angewendet werden; vermeiden Sie Antipsychotika (sie könnten die Entzugs-symptome verstärken).« (»BNF«, 2008, S. 182)

Von einer speziellen stationären Vorgehensweise bei Diazepam-Abhängigkeit 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 täglich um 10% reduziert (1985, S. 68).

Tranquillizer wie Zoldorm<sup>1</sup>, die nicht der Gruppe der Benzodiazepine zugeordnet werden, können dieselben schweren Entzugserscheinungen hervorrufen wie Benzodiazepine und sollten deshalb ebenfalls durch stufenweise Dosisreduktion ausgeschlichen werden, so die Schweizer Sandoz Pharmaceuticals AG (2018).

Tipps von Ärzten, wie Tranquillizer am besten abzusetzen sind, beinhalten häufig den zweischneidigen Vorschlag, auf andere Psychopharmaka umzusteigen, und lassen dabei deren Abhängigkeitspotenzial fahrlässig außer Acht. Christer Allgulander (1987) von der schwedischen Universitätsklinik Huddinge empfiehlt seinen Kollegen beispielsweise, mit den Betroffenen einen sogenannten Behandlungsvertrag abzuschließen, der bei ›Erforderlichkeit‹ die Neuverabreichung von Tranquillizern oder die Gabe von Antidepressiva oder Neuroleptika erlauben soll. Die Wiederverabreichung von Tranquillizern zur Unterdrückung von Entzugserscheinungen wird häufig praktiziert, immerhin verschwinden die Symptome innerhalb weniger Minuten (Rufer, 2009, S. 52). Schöpf meinte: »Außer der Wiederverabreichung von Benzodiazepinen gibt es keine wirksame Behandlung des Entzugssyndroms.« (1985, S. 591).

Ärzte empfehlen nicht nur mit zunehmender Tendenz, Neuroleptika als Tranquillizerersatz zu verordnen, zum Beispiel bei Schlafproblemen (Kemper u.a., 1980), sie verabreichen diese – ebenfalls potenziell abhängig ma-

1 Wirkstoff Zolpidem, im Handel als Bikalm, Edluar, Ivadot, Mondeal, Stilnox, Zoldem, Zoldorm, Zolpidem

chenden – Substanzen auch zur Unterdrückung von Benzodiazepin-Entzugserscheinungen (Bender, 1986). Manche empfehlen zur Linderung von Entzugserscheinungen die Einnahme von Betablockern (deren späteres Absetzen ebenfalls Störsymptome nach sich ziehen kann) oder andere blutdrucksenkende Substanzen wie zum Beispiel Clonidin. Da sich alles Mögliche mit Antiepileptika wie Carbamazepin oder Phenytoin dämpfen lässt, gibt man sie auch gegen Entzugserscheinungen (Kaendler & Volk, 1996); diese Substanzen können jedoch später ebenfalls Entzugsprobleme mit sich bringen.

### *Psychostimulanzen*

Da ein Psychostimulans abhängig machen und der Entzug schwierig sein kann, empfiehlt sich – auch bei Kindern – ein allmähliches Absetzen. Richman:

»Amphetamine und Quasi-Amphetamine wie Ritalin sind abhängig machende Substanzen, 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 Psychostimulanzen kann zu ernstzunehmenden Verzweiflungszuständen führen (manchmal mit suizidalen Ausmaßen), zu extremer Angst und zu Entzugspsychosen. Deshalb ist ein stufenweiser Entzug unbedingt ratsam.« (NAPA, 1984, S. 58)

### *Stimmungsstabilisatoren / Phasenprophylaktika*

Wenn man Antiepileptika wie Carbamazepin oder Valproinsäure, die als Stimmungsstabilisatoren / Phasenprophylaktika verabreicht wurden, absetzen will, soll man dies schrittweise über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen machen (»BNF«, 2012, S. 239f.), nach längerer Einnahmezeit kann der Zeitraum ein halbes Jahr betragen.

Personen, denen Carbamazepin und Neuroleptika gleichzeitig verabreicht wurden 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 senken die Krampfschwelle, so dass vermehrt mit Krampfanfällen zu rechnen ist.

Was das Absetzen von Lithium betrifft, so beobachtet man allgemein, dass stufenweises Vorgehen die Gefahr vermindert, dass dieselben kritischen Stimmungen erneut auftreten, die zur Verabreichung geführt hatten (Mander & Loudon, 1988; Faedda u.a., 1993; Suppes u.a., 1993). Wolle man Lithium absetzen, solle man dieses schrittweise über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen tun, vorzugsweise über einen Zeitraum von einem viertel Jahr (»BNF«, 2012, S. 241f.). Jann Schlimme empfiehlt, die Dosis erst einmal in den »untertherapeutischen« Bereich zu reduzieren:

»Im Fall des Ausschleichens vom Lithium ist es aus meiner Erfahrung sinnvoll, zunächst einen Lithiumspiegel im untertherapeutischen Bereich von ca. 0,4 mmol/l für drei Monate anzustreben. Oftmals erleben die Betroffenden eine größere Emotionalität, manchmal auch ein Energie- sowie ein inniglicheres und tieferes Körpergefühl. An diese Änderungen des Befindens gilt es sich anzupassen und mit ihnen umzugehen. Das Beibehalten von Routinen ist hier typischerweise hilfreich. Gelingt diese Phase der untertherapeutischen Nutzung von Lithium, kann ein vollständiges Absetzen bzw. Ausschleichen über Monate erwogen werden.« (Schlimme u.a., 2018, S. 196)

Möglicherweise sind mehr als drei 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.« (1991, S. 310)

### *Antidepressiva*

Die Psychiater Otto Benkert und Hanns Hippius warnen schon lange vor einer überfallartigen Überlastung des Organismus, der sich auf die ständige Antidepressivazufuhr einigermaßen eingestellt hat und 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 (NAPA, 1984, S. 58). Das britische Medikamentenverzeichnis rät:

»Vorzugsweise sollte die Dosis schrittweise über vier Wochen reduziert werden oder über einen längeren Zeitraum, falls Entzugserscheinungen auftreten (6 Monate bei Patienten, die langzeitbehandelt wurden).« (»BNF«, 2008, S. 205)

Auch MAO-Hemmer sollten langsam abgesetzt werden (Witzke-Gross, 2010, S. 31). Bei Serotonin-Wiederaufnahmehemmern raten Herstellerfirmen, sich an Experten zu wenden, sollten Entzugsprobleme bestehen bleiben:

»Um diese Wirkungen zu vermeiden, sollte die Dosis über mindestens vier Wochen ausgeschlichen werden. Bei einigen Patienten kann es nötig sein, über einen längeren Zeitraum hinweg abzusetzen; ziehen Sie in Betracht, einen Spezialisten zu Rate zu ziehen, wenn die Symptome anhalten.« (»BNF«, 2012, S. 250)

Mit »Spezialisten« meinen die Herstellerfirmen diejenigen, die mit der Verabreichung ihrer Psychopharmaka die Abhängigkeit herbeigeführt haben.

Toleranzbildung und Reboundphänomene schon nach kurzer Einnahmezeit in moderaten Dosen und mögliche Rezeptorenveränderungen können einen schrittweisen Entzug nötig machen. Damit kann die Gefahr gemindert werden, dass die – unter Umständen Wochen und Monate anhaltenden – Entzugserscheinungen bzw. deren Verwechslung mit einem Wiederauftauchen der ursprünglichen Probleme eine erneute Verabreichung von Antidepressiva und andere psychiatrische Anwendungen wie Elektroschocks nach sich ziehen.

Angesichts des Mangels an Absetzstudien zu Antidepressiva mehr als ein halbes Jahrhundert nach deren Markteinführung begann die Discontinuation of Antidepressants Taskforce, verstreut vorliegende Informationen zu sammeln. Als hauptsächliche Risikofaktoren identifizierte sie eine Verabreichung von Antidepressiva, die die minimal-effektive Dosierung (siehe je-



Wichtig sei, dass Ärzte vor dem Absetzen über mögliche (vorübergehende) Entzugsprobleme informieren, diese dann gegebenenfalls medikamentös lindern und bei schwereren Entzugsproblemen zur vorherigen Stufe zurückkehren, um anschließend etwas langsamer vorzugehen – jeweils in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten. Ein längerer Verbleib bei einzelnen Dosisstufen ohne weitere Reduzierversuche sei pharmazeutisch unvernünftig (ebd.).

Außer Benzodiazepinen und dem zwiespältigen Rat, erneut Antidepressiva zu nehmen, um Entzugsreaktionen zu stoppen (Shatan, 1966), wurden von einzelnen Psychiatern noch verschiedene pharmakologische Substanzen als mögliche Hilfen genannt, vor allem anticholinergisch (gegen die Freisetzung des Nervenimpuls-Überträgerstoffs Azetylcholin) wirksame Substanzen wie Atropin (Wirkstoff der Tollkirsche) oder das als Antiparkinsonmittel gebräuchliche Benzatropin. Risikoarme naturheilkundliche Mittel, wie sie Anna Ochsenknecht (1993) empfiehlt, finden kaum Erwähnung. Die Betroffenen müssen sich solche Informationen selbst beschaffen.

#### *Neuroleptika und Neuroleptika-Antiparkinsonmittel-Kombinationen*

Wenn Neuroleptika längere Zeit verabreicht wurden, empfiehlt man grundsätzlich ein stufenweises Absetzen, um Entzugssymptome zu vermeiden (»BNF«, 2012, S. 225). Was unter »längere Zeit« zu verstehen ist, bleibt offen. Die ist insofern sinnvoll, als die Entwicklung körperlicher Abhängigkeit durch individuell unterschiedliche Voraussetzungen bestimmt ist und verallgemeinerbare Aussagen nicht zulässt. Laut Tornatore und Kollegen solle die Dosisreduzierung

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

Auch der US-amerikanische Psychiater Donald Klein und Kollegen empfehlen stufenweises Absetzen, allerdings ebenfalls ein Tempo, das für viele erheblich zu schnell sein dürfte:

»Dies gilt für alle psychotropen Wirkstoffe. Entzugssyndrome verschieden starker Intensität sind bei nahezu all diesen Wirkstoffen be-

schrieben worden, auch im 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 Entzugs-symptomen kann ein vorübergehendes Steigen oder ein Plateau (zeitlich begrenzte Beibehaltung einer momentanen Dosis im Verlauf des Absetzprozesses, P. L.) notwendig machen.« (1980, S. 38)

Einige Jahrzehnte später empfiehlt der »Fachausschuss Psychopharmaka« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ein weitaus langsameres Vorgehen:

»Je länger die Medikation eingenommen wurde, umso langsamer muss vorgegangen werden. Bei Medikation über mehr als fünf Jahre sollte die Reduktion über zwei Jahre erfolgen.« (DGSP, 2014, S. 36)

Er erwähnt auch die Möglichkeit, die Einnahmeintervalle zu strecken, die Neuroleptika beispielsweise nur noch jeden zweiten oder dritten Tag zu sich zu nehmen, um dem Hirnstoffwechsel die Anpassung an die verminderte Dosis zu erleichtern. Clozapin und Olanzapin wären aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften für ein solches Vorgehen allerdings grundsätzlich nicht geeignet (ebd.). In Betroffenenkreisen wird diese Methode jedoch wenig geschätzt; es lägen keinerlei Berichte vom kompletten Absetzen durch Streckung der Einnahmeintervalle vor (Heffmann, 2019).

Clozapin nimmt eine Sonderstellung unter Neuroleptika ein. Psychiatern gilt es in der Regel als letztes Mittel, wenn alle anderen Neuroleptika ihrer Meinung nach nicht helfen. Unwilligkeit, sich Clozapin verabreichen zu lassen, gilt deshalb als Indikation für die Verabreichung von Elektroschocks (Lehmann, 2017, S. 136). Wer Clozapin auf eigene Faust absetzen will, sollte sich seiner bzw. ihrer Sache sicher sein und zudem für den Fall des Scheiterns mit einer Patientenverfügung gegen Elektroschocks absichern. Psychiater ermuntern sich gegenseitig, Patientenverfügungen durch sofortige Verabreichung von Elektroschocks unter Hinweis auf eine angeblich vorhandene unmittelbare Lebensgefahr ohne richterliche Erlaubnis zu unterlaufen und darüber hinaus auf Behandlungsunwilligkeit von Menschen mit der Diagno-

se »Schizophrenie« mit besonders starken und vielen Elektroschocks zu reagieren (ebd., S. 156f.)

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 rät, einfach auf neue Spritzen zu verzichten, da die letzte nur allmählich in ihrer Wirkung nachlässe. In Abweichung von Richman empfiehlt sein Kollege Helmut Fexer (1987) aus München insbesondere bei Verabreichung von Depotneuroleptika über einen längeren Zeitraum, auch diese stufenweise zu reduzieren, das heißt Milliliter für Milliliter. Wer den gelegentlich nervenaufreibenden Diskussionen mit den Verabreichern von Depotspritzen aus dem Weg gehen will, sollte versuchen, erst einmal auf Tabletten umsteigen, womit man sich besser auf das jeweilige Befinden einstellen kann.

Bei gleichzeitiger Einnahme eines Neuroleptikums und eines Antiparkinsonmittels rät Richman:

»Wenn Sie das Neuroleptikum vollständig abgesetzt haben, setzen Sie während der nächsten zwei bis vier Wochen allmählich das Antiparkinsonmittel ab. Dies kann der schwierigste und unangenehmste Teil des ganzen Entzugs sein.« (NAPA, 1984, S. 58)

Werden Neuroleptika als Depots verabreicht, sollen zuerst diese abgesetzt, die Antiparkinsonmittel noch ca. sechs Wochen weitergenommen werden, bevor sie dann innerhalb von zwei Wochen schrittweise abgesetzt werden können. 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 vegetative und psychische Entzugserscheinungen können so gemildert werden. Lacoursiere und Kollegen meinen:

»Obwohl wir keine Daten haben, die dieses unterstützen, ist es wahrscheinlich, dass diese Entzugssymptome am besten durch schrittweise – 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 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 Halbwertszeiten der Neuroleptika auch nach dem Absetzen noch mit extrapyramidalen (*durch Störungen der Muskelspannung und des Bewegungsablaufs charakterisierten*) Nebenwirkungen zu rechnen ist.« (1987, S. 56)

Witzke-Gross weist darauf hin, dass beim Absetzen von Antiparkinsonmitteln eine Vielzahl von Entzugssymptomen auftreten können, wenn auch eher selten:

»Wegen der allerdings nur geringen Gefahr des Auftretens eines Symptomenkomplexes ähnlich dem malignen neuroleptischen Syndrom<sup>1</sup> mit u. a. Hyperthermie (*Überwärmung des Organismus bei normaler bis erniedrigter Körpertemperatur*), starkem Schwitzen, generalisiertem Rigor (*Muskelsteifheit*), Tachykardie (*Herzjagen*), psychischen Störungen und CK-Erhöhung<sup>2</sup> sollten Anti-Parkinson-Medikamente nicht abrupt abgesetzt werden. Es empfehle sich eine langsame Dosisreduktion über vier Wochen. Weitere Nebenwirkungen nach Absetzen der Medikamente seien unter anderem Hypotonie (*niedriger Blutdruck*) und Tremor (*Muskelzittern*).« (2010, S. 32)

1 Lebensbedrohlicher Symptomenkomplex mit Hyperthermie (Überwärmung des Organismus bei normaler bis erniedrigter Körpertemperatur), Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung

2 CK-Erhöhung, das heißt erhöhte Konzentration des Enzyms Creatin-Kinase, weist auf mögliche Schädigungen des Herzmuskel und der Skelettmuskulatur hin.

Beim Absetzen von Neuroleptika lässt ihre abstumpfende Wirkung immer mehr nach, gleichzeitig können sich die von ihnen verursachten Bewegungsstörungen zumindest für einige Zeit verschlechtern (Vogel, 2012) und die massive suizidale Eigenwirkung kann in den Vordergrund treten. **Kommt die Sensibilität schneller zurück als die Suizidalität schwindet, kann sich die Suizidgefahr vorübergehend noch erhöhen.** Bei neuroleptikabedingten Depressionen sollte man deshalb geeignete Vorkehrungen treffen, dieses Risiko einzuschätzen, und Maßnahmen zu seiner Minimierung ergreifen.

### *Kombinationen*

Oft verschreiben Ärzte im Lauf der Zeit immer weiter ansteigende Kombinationen von Psychopharmaka. Wie diese abgesetzt werden können, ist ein Thema, das sie eher nicht ansprechen. Nur eine Handvoll Ärzte äußern sich dazu, was der erste Schritt beim Absetzen sein soll:

»Bei mehreren Medikamenten sollte immer nur eine Substanz reduziert werden und mit der begonnen werden, auf die vermutlich am leichtesten verzichtet werden kann.« (Aderhold, 2010, S. 66)

In ihrem Artikel »Absetzen von Medikamenten bei älteren Patienten – aber wie?«, in dem sie sich mit dem Absetzen von medizinischen und psychiatrischen Pharmaka auseinandersetzt, rät Witzke-Gross:

»Können mehrere Medikamente beendet werden, sollte bei der Entscheidung, mit welchem Medikament begonnen wird, beachtet werden, welches der Medikamente am ehesten Nebenwirkungen verursacht und welches ohne klare Indikation gegeben wurde. 2. Schritt: Immer nur jeweils ein Medikament absetzen oder die Dosis reduzieren. Entwickelt ein Patient darunter Beschwerden, kann deren Ursache leichter geklärt werden.« (2010, S. 30)

Breggin rät im Prinzip dasselbe und plädiert dafür, das Psychopharmakon mit den gefährlichsten Wirkungen – in der Regel das Neuroleptikum – als erstes abzusetzen, oder aber die Psychopharmaka der Substanzgruppe, die zuletzt der Kombination hinzugefügt wurde. Bei Kombinationen aus entgegengesetzt wirkenden Psychopharmaka, zum Beispiel aus stimulierenden und ruhigstellenden Substanzen, solle man gegebenenfalls in abwechselnden Schritten stufenweise absetzen (2012, S. 197). Manche Ärzte empfehlen,

grundsätzlich als erstes das Mittel abzusetzen, das die unangenehmste Wirkung hat bzw. das aus psychiatrischer Sicht am leichtesten weggelassen werden kann. Da diese Wirkungen sowie die Frage der Verzichtbarkeit subjektiv unterschiedlich empfunden werden, sind starre Absetzvorschläge nicht angebracht.

Als erster Psychiater machte sich Jann Schlimme an den Entwurf fundierter Aussagen zum Absetzen von Kombinationen. Er notierte unterschiedliche Tendenzen des Vorgehens: a) mit der »Grundmedikation« beginnen und gegebenenfalls sogar ihre Dosiserhöhung in Kauf nehmen, um zunächst ein anderes Psychopharmakon reduzieren oder absetzen zu können; b) das zuletzt verordnete Psychopharmakon zuerst reduzieren, es sei denn, es wirke günstig und habe weniger unerwünschte Wirkungen; c) das wirksamere Psychopharmakon zuletzt absetzen, es sei denn, ein anderes, unspezifisch wirksames Psychopharmakon werden beispielsweise aufgrund einer schlafanstoßenden Wirkung als wirksam erlebt; d) anfänglich aktivierende und ruhigstellende Psychopharmaka parallel verringern; e) das ruhigstellende Psychopharmakon zuletzt absetzen; f) das Psychopharmakon mit den am stärksten unerwünschten Wirkungen bzw. das am meisten schädigende oder das am schwierigsten abzusetzende zuerst reduzieren; g) zuerst das Psychopharmakon einer Substanzgruppe komplett absetzen, es sei denn, seine ruhigstellende Wirkung sei erwünscht (Schlimme, 2017; Schlimme u.a., 2018, S. 200).

Hersteller und Mainstream-Psychiater haben offenbar kein Interesse oder keine Kompetenz, Informationen zum Absetzen von Kombinationen zu liefern. Einzelne Studien, die den Übergang von sogenannter Polypharmazie auf wenigstens nur noch ein Neuroleptikum untersuchen (Suzuki u.a., 2003, 2004), sind die Ausnahme. Da bisher – von Schlimmes Ausführungen abgesehen – keine Erfahrungen zu diesem Thema publiziert wurden, sind die folgenden Empfehlungen lediglich als bisher ungesicherte Vorschläge und eine Möglichkeit unter anderen zu bewerten.

Wer Kombinationen von **hoch- und niederpotenten Neuroleptika** absetzen will, tut vermutlich am besten daran, zuerst das hochpotente und dann das niederpotente (meist dämpfende) Neuroleptikum wegzulassen (Informationen zur neuroleptischen Potenz siehe in der Einführung, Abschnitt »Entzugsprobleme bei Neuroleptika«). Ist das höherpotente abge-

setzt, 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, 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 mit >atypischen< Neuroleptika**. Hier wäre es angeraten, zuerst das höherpotente abzusetzen; beide Substanzen gleichmäßig abzusetzen wäre jedoch auch möglich.

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

Wer sich entschlossen hat, eine **Neuroleptika-Tranquilitizer-Kombination** abzusetzen, kann zuerst eine Zeitlang parallel und dann den Tranquilitizer 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 Tranquilitizer-Entzugserscheinungen können die Neuroleptika ebenfalls – eventuell schrittweise – abgesetzt werden. Wer hingegen zuerst das Neuroleptikum absetzt und den Tranquilitizer noch einige Zeit einnimmt, kann mit dessen Wirkung mögliche Neuroleptika-Entzugserscheinungen dämpfen.

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

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

Ehud Klein (1986) und Kollegen des National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland, teilten mit, dass sie beim Absetzen des Benzodiazepins

Alprazolam<sup>1</sup> den Stimmungsstabilisator Carbamazepin einsetzen, um Entzugserscheinungen zu minimieren. Diese Erfahrungen legen nahe, bei **Benzodiazepin-Stimmungsstabilisator-Kombinationen** zuerst den Tranquillizer abzusetzen und als zweiten Schritt den Stimmungsstabilisator. Bei dessen längeren Einnahme ist ein schrittweiser Entzug dringend angeraten.

### 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 die ärztliche Verordnung der Psychopharmaka oder der Aufenthalt in der Psychiatrie Zufall oder ein Missgeschick war, 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 man das Leben in der Weise verändern kann, dass der vermutlich noch vorhandene Angstdruck abgebaut werden. 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 man sich fragen, ob es nicht Wege gibt, diese Ziele zu erreichen, ohne dass der Körper toxischen Chemikalien ausgesetzt wird.

Die Psychologin Doris Latta von der Beratungsstelle »Schwindel-Frei« für medikamentenabhängige Frauen in Berlin spricht 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.« (zit. n. »Edelabhängigkeit«, 1993)

1 Benzodiazepin-Tranquillizer, Wirkstoff Alprazolam; im Handel als Alprastad, Alprazolam, Tafil, Xanax, Xanor

Da auch Monate oder Jahre nach dem Absetzen von Neuroleptika oder Tranquillizern ein erneutes Aufbrechen psychischer Probleme möglich ist, kann es laut Berichten von Betroffenen hilfreich sein, trotz der auch bei einmaliger Einnahme von Psychopharmaka vorhandenen Risiken und zwecks Vermeidung eines größeren Übels wie zum Beispiel einer erneuten psychiatrischen Unterbringung eine einzige kleine Dosis einzunehmen, um rasch zur Ruhe zu kommen, denn diese wirke enorm auf den mittlerweile entgifteten Körper.

Der Glaube, einzig die ›bösen Anderen‹ (Nachbar, Ehemann, Ehefrau, Eltern, Hausarzt, Psychiater, Polizei, Richter, Betreuer, Sozialpsychiatrischer Dienst usw.) oder die ›psychische Krankheit‹ (Stoffwechselstörung, genetische Disposition, Vulnerabilität usw.) habe zur Verabreichung der Psychopharmaka geführt, erschwert oder verhindert es, das Leben nach dem Absetzen wieder selbstverantwortlich und aktiv zu gestalten, da mit diesen Schuldzuweisungen der eigene Anteil am Zustandekommen der Entwicklung ausgebendet wird. (Sind die psychischen Probleme, die zur Einnahme von Psychopharmaka geführt haben, tatsächlich organisch begründet – eine Reihe von Stoffwechselstörungen, Organerkrankungen oder auch Alltagsgiften bewirken bekanntlich psychische Probleme –, so finden sie biologisch orientierte Psychiater kaum, da sie in aller Regel nicht nach solchen Ursachen suchen.) Psychische Krisen – wie auch körperliche – bieten die Chance der Veränderung, ja fordern sie geradezu. Hierzu gehört die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, sei es im Zwiegespräch mit sich selbst, in der Selbsthilfegruppe, im Kontakt mit Nahestehenden oder Therapeuten, sofern diese frei von psychiatrischen Glaubensvorstellungen und Machtgelüsten sind.

Marc Rufer, in dessen Praxis viele absetzwillige Psychopharmakakonsumenten kamen, appelliert 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 zu nehmen, wenn sie lange ungelöst weiterbestehen, dann können sie eben auch ursächlich Verrücktheitszustände auslösen.

Wo ist der heikle Punkt, der die unheilvolle Entwicklung bedingt? 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)

### **Zusammenfassende Aussagen absetzerfahrener Betroffener**

Ein Patentrezept, mit dem Probleme beim Absetzen und beim Entzug von psychiatrischen Psychopharmaka ausgeschlossen werden können, gibt es nicht. Die Verschiedenheit der Menschen, ihrer Probleme und ihrer Möglichkeiten verbietet einen solchen Gedanken schon im Ansatz. Der hier folgende Überblick über die in diesem Buch von den Autorinnen und Autoren beschriebenen Faktoren, die sie für ihr erfolgreiches Absetzen als wesentlich betrachten, zeigt die Vielfalt der Herangehensweisen und Bedürfnisse.

Bei sich abzeichnenden Problemen ist die allmähliche Dosisreduzierung der beste Weg, Entzugsrisiken zu verringern. Dies ist besonders wichtig, wenn das Psychopharmakon länger als ein oder zwei Monate verabreicht wurde. Optimal wäre es, wenn alle Faktoren, die für ein erfolgreiches Absetzen genannt wurden, gleichzeitig vorhanden sind: eine verantwortungsbewusste Einstellung, eine an die Bedingungen des Körpers, des Psychopharmakons, der Dosis und Dauer der Einnahme angepasste Absetzgeschwindig-

keit, ein unterstützendes Umfeld, geeignete Hilfemaßnahmen, fähige Profis und eine unterstützende Selbsthilfegruppe.

In der Regel ist jedoch davon auszugehen, dass die Bedingungen beim Absetzen alles andere als optimal sind. Schlimmstenfalls bleibt nichts anderes übrig, als sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf der psychopharmakologischen Abhängigkeit herauszuziehen. »Wie Münchhausen«, wird Ulrich Lindner von seinem absetzerfahrenen Bruder belehrt. Olga Besati macht Mut:

»Wir sind auf uns selbst Gestellte, aufgerufen, verantwortlich zu leben. Wir sind nicht nur von anderen Verurteilte, von anderen Geknebelte. Wir haben immer mehr Kräfte (auch Selbstheilungskräfte) zur Verfügung, als wir an dunklen Tagen glauben mögen.«

Einige schreiben, als Voraussetzung fürs Gelingen sei es wichtig, Psychopharmaka verordnende Ärzte in ihrer Inkompotenz bzw. ihren herabgesetzten Möglichkeiten zu wirksamer Hilfe zu durchschauen, den illusionären Glauben an ihre Hilfversprechen aufzugeben und sich vom behandelnden Arzt ebenso zu trennen wie dem stigmatisierenden Krankheitsverständnis. »Ich habe 21 wertvolle Jahre meines Lebens verschenkt und vergeblich auf Besserung oder Heilung gehofft«, resümiert Bert Gölden, dem sein Verstand schließlich signalisierte: »Erkenne dein Leiden und sei dein eigener Therapeut – hilf dir selbst, sonst hilft dir keiner.«

Wie wichtig Durchhaltevermögen und Geduld auch nach langer Einnahmezeit von Psychopharmaka und vorangegangenen fehlgeschlagenen Absetzversuchen sind, ebenso die sehr langsame und durchdachte Dosisreduzierung beim Übergang von den letzten niedrigen Dosierungen auf Null, beschreibt Susanne Cortez:

»Zum Ende hin war die Pillenschneiderei eine ziemliche Krümelei... Aber es hat sich für mich gelohnt, ich konnte wirklich komplett absetzen. (...) Fast 20 Monate habe ich zum Absetzen gebraucht.«

Um das Absetzen auch mittel- und langfristig erfolgreich zu machen, sei es generell notwendig, sich der Anpassung an unangenehm empfundene Situationen zu verweigern; hierzu kann sowohl das Verlassen einer belastenden Umgebung gehören wie auch die Beendigung einer unglücklich machenden Partnerschaft.

Das Auftreten einer ›psychischen Krankheit‹ sei ein Signal, das die Notwendigkeit von Veränderungen anzeige, so Maths Jesperson: »Verrücktheit ist keine Krankheit, die es zu kurieren gilt. Meine Verrücktheit trat ein, um von mir ein neues Leben einzufordern.«

Wer es lernt, die eigenen Gefühle ernst zu nehmen, der eigenen Intuition zu folgen, Warnzeichen aufkommender Krisensituationen zu erkennen und entsprechend zu reagieren, entgeht eher der Gefahr, erneut Psychopharmaka verordnet zu bekommen. Einigen half es, dass sie Gelassenheit gegenüber belastenden Lebensumständen, Geduld, Mut und Entschlossenheit sowie die Einsicht entwickelten, dass Leiden zum Leben dazugehört. Sie gestehen sich jetzt Fehler zu, akzeptieren Rückschläge, ohne gleich zu verzweifeln. Oryx Cohen reflektiert über mögliche Rückfälle, die eigene Verletzlichkeit und den Vorteil, diese realistisch einschätzen zu können:

»Ich werde nie den Standpunkt einnehmen, dass so etwas nicht wieder passieren kann. Mir war jetzt klar, dass dieser Zustand wahrscheinlich wieder kommt, wenn ich sehr gestresst bin und wenig geschlafen habe. Mit diesem Wissen fühlte ich mich ziemlich verletzlich. Aber jetzt weiß ich, wo meine Verletzlichkeit ist, und kann mich schützen.«

Die Autorinnen und Autoren haben gelernt, angstbesetzte Situationen zu durchleben und starke, tiefssitzende Ängste abzubauen. Wilma Boevink berichtet:

»Im Lauf der Jahre habe ich den Mut gefunden, dem in die Augen zu sehen, was ich mit all den Abhängigkeiten hatte zudecken wollen. Ich habe die Ungeheuer aus meiner Vergangenheit bekämpft, und um das tun zu können, musste ich sie erst zulassen und ihnen in die Augen sehen. (...) Man muss zudem den Mut aufbringen, sich einzustehen, wie es so weit hatte kommen können.«

Die nach Ende einer akuten ›Phase‹ – ob Verrücktheit oder Depression – aufgenommene Suche nach dem ›Sinn des Wahnsinns‹ hat vorbeugenden Charakter, wie Regina Bellion feststellt:

»Wer sich danach mit seinen psychotischen Erlebnissen auseinandersetzt, läuft anscheinend nicht so bald in die nächste psychotische Phase.«

Manche nennen als Voraussetzung, die eigene (Mit-) Verantwortlichkeit für ihr Leben, ihre problembelastete Vergangenheit und ihre Zukunft wahrzunehmen. Als konkrete Auswirkung von Selbstverantwortung gilt einigen die Notwendigkeit, auf gesunde und regelmäßige Schlafgewohnheiten zu achten.

Zu den positiven Lebensperspektiven, die das Absetzen von Psychopharmaka begünstigen, zählen vor allem eine erfüllende und sinnvolle Arbeit oder eine hobbyartige Tätigkeit (insbesondere Schreiben), Freundschaften und die Liebe. Dabei kommt es auch darauf an, nicht den Boden unter den Füßen zu verlieren, sondern sich abgrenzen und auf die Hinterbeine stellen zu lernen und auch über heikle Dinge zu sprechen. Freundschaften beweisen ihren Wert, wenn der Kontakt auch in Krisen aufrechterhalten wird.

Auf gleicher Ebene anzusiedeln sind unterstützende Netzwerke und Selbsthilfegruppen, sofern ein offener Austausch über persönliche Probleme ohne Besserwisserei stattfindet. Selbsthilfegruppen liefern auch den Rahmen für gegenseitige Beratung und die Verbreitung von Informationen über mögliche Psychopharmakaschäden und Entzugsprobleme.

»Am meisten brachten mir jedoch die Gespräche mit den Erfahrenen, die vergleichbare Erlebnisse und eine ähnliche Weltanschauung hatten«,

berichtet Nada Rath. Co-Beratung bedeutete für Una Parker die Rettung vor der Gefahr, erneut Psychopharmaka und Elektroschocks verabreicht zu bekommen:

»Dies hat mich stark verändert, und ich bin überzeugt, dass die Unterstützung, die ich bei den regelmäßigen Sitzungen der Co-Beratung erhielt, mich nicht nur vor erneuten Erfahrungen mit dem psychiatrischen System bewahrt hat, sondern auch in meinem Leben tatkräftiger werden ließ.«

Als weitere Hilfen gelten homöopathische Entgiftung, Linderung von Entzugsproblemen mit naturheilkundlichen Mitteln (zum Beispiel Johanniskraut, Baldrian), Körperarbeit, Psychotherapie, Gruppen- und Einzelgespräche, sportliche Betätigung, Gebete, Meditation und vieles mehr.

### **Zusammenfassende Aussagen absetzerfahrener Professioneller**

Professionelle Helfer nennen als Voraussetzung für eine wirksame Unterstützung ihre menschliche Präsenz sowie ihre gute Erreichbarkeit in der krisenträchtigen Zeit des Absetzens. Aber auch die Betroffenen müssen ihren Teil zur Überwindung der Probleme beitragen, die mit dem Absetzen einhergehen können. Dass dies nicht immer einfach ist, weiß die Psychologin Constanze Meyer:

»Gemeinsam ist diesen Lösungen, dass sie meist zeitaufwendig sind und eine aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und mit den eigenen Einstellungen und Verhaltensmustern erfordern.«

»Man muss den Patienten zuhören, um herauszufinden, wo das Problem liegt«, schreibt der Arzt Bob Johnson. Oft gilt es schlicht, einen Ausweg aus einer sozialen Konfliktsituation zu finden, erläutert Pino Pini mit seinem Beispiel des intellektuell beeinträchtigten Alberto.

Je mehr Angst beim Absetzen auf Seiten der Betroffenen vorhanden ist, desto wichtiger wird das Vertrauensverhältnis zu professionellen Helfern und dass »... der Patient weiß, dass er sich bei auftretenden Schwierigkeiten auf seinen Therapeuten verlassen kann«, so der Heilpraktiker Klaus John. Seine Kollegin Elke Laskowski weist auf das Zusammenspiel zwischen fachlichen und menschlichen Angeboten hin:

»Natürlich besitzen Gespräche und Angebote, jederzeit anrufen zu können, ebenfalls eine nicht zu unterschätzende therapeutische Wirkung.«

Bei den Betroffenen möglicherweise vorhandene Ängste sollten durch sachliche und fundierte Informationen über Risiken der Psychopharmaka sowie des Absetzens relativiert und so verringert werden. Wie wichtig und wie erfolgversprechend intensiv begleitete Absetzmöglichkeiten wären, zeigen die Erfahrungen im Berliner Weglaufhaus, über die Kerstin Kempker in ihrem Beitrag berichtet. Gemeinschaft, Rückhalt, kundige Mitarbeiter (möglichst mit eigenen Absetzerfahrungen) und bei Bedarf verantwortungsbewusste Ärzte; nach solchen Bedingungen suchen Psychopharmakabetroffene, die schon länger mit Psychopharmaka zu tun haben und davon wegkommen

wollen. Doch Hilfen, die bei Bedarf auch Wohnen und Rund-um-die-Uhr-Betreuung anbieten, sind Mangelware, nicht nur im deutschsprachigen Raum.

Nachdem viele in der Regel schon beim Auftreten psychosozialer Probleme die Erfahrung machen müssen, dass ihnen statt angemessener Hilfe nur Psychopharmaka angeboten werden, wiederholt sich die Erfahrung unterlassener Hilfeleistung, wenn sie bei Ärzten nach Beistand für das Absetzen der Psychopharmaka suchen, wenn sie Rezepte für Ausschleichstreifen, Rezepturen für die Anfertigung individuell zugeschnittener Dosierungen oder eine Anleitung zum Absetzen von Kombinationen benötigen oder die sich generell überfordert fühlen. In der aktuellen psychiatriepolitischen Entwicklung zeichnet sich leider keinerlei Besserung ab, im Gegenteil, die organisierte Psychiatrie rüstet sich zur ambulanten Zwangsbehandlung. Wohl denen, die den Absprung schaffen.

### **Vorsicht vor Besserwissern**

Ohne Zweifel ist es richtig, nicht nur Therapeuten und Ärzten auf die Finger zu schauen, sondern auch all den anderen am Psychoboom Beteiligten und speziell denjenigen, die mit einem unfehlbaren Heilanspruch (und oft gegen überhöhte Bezahlung) psychosoziale Probleme zum Verschwinden bringen wollen. Und natürlich ist auch bei einer Psychotherapie oder Psychoanalyse die Gefahr von Abhängigkeit, Missbrauch und schädlichen Wirkungen nicht auszuschließen, wie das Buch »Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie« (2002) der Psychologen Michael Märtens und Hilarion Petzold belegt. In seinem Beitrag richtet David Webb einen kritischen Blick auf die dunkle Seite so mancher Selbsthilfegruppe, die im Normalfall von den Beteiligten gerne ignoriert wird – mit oft fatalen Folgen:

»Eine der nervigsten Sachen während meines Kampfes waren all die Leute, die glauben, dass das, was ihnen geholfen hat, mir auch helfen könnte. Der Weg zur Freiheit ist einzigartig und höchst persönlich.«

Die Abhängigkeit von Psychopharmaka sollte nicht von einer neuen Abhängigkeit abgelöst werden. Neben Gesundheit ist nichts wertvoller als Freiheit und Unabhängigkeit.

Ganz besonderer Respekt und Dank gebührt den psychopharmakabetroffenen Autorinnen und Autoren für ihre sehr persönlichen Berichte darüber, wie sie psychiatrische Psychopharmaka absetzen konnten, ohne gleich wieder im Behandlungszimmer des Arztes oder in der Psychiatrie zu landen, und wie sie entgegen ärztlichen und psychiatrischen Urteilen und Diagnosen ein Leben frei oder zumindest relativ frei von psychopharmakologischer Beeinflussung führen können. Meine Wertschätzung gilt auch den Helfern, die Psychopharmakabetroffene beim – häufig sicher nicht einfachen – Absetzprozess unterstützen und sich gegen die Spielregeln ihrer Zünfte stellen, deren Einhaltung ihnen ein mehr oder weniger komfortables und beschauliches Leben im Kreis der Besserverdienenden sichern würden.

## Literatur

Aderhold, Volkmar: »Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update«, unveröffentlichtes Manuskript vom September 2010; im Internet unter [bit.do/nl-debatte](http://bit.do/nl-debatte) (Zugriff am 26.6.2019)

Aderhold, Volkmar / Lehmann, Peter / Rufer, Marc u.a.: »Psychopharmaka absetzen?«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer u.a.: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017, S. 223-233 (E-Book 2018)

AGIDD-SMQ (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec) / RRASMQ (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec) in collaboration with ÉRASME (Equipe de recherche et d'action en santé mentale et culture): »My self-management guide to psychiatric medication«, Montreal: Selbstverlag 2003

Allgulander, Christer: »Prävention und Therapie der primären Medikamentenabhängigkeit«, in: Karl Peter Kisker / Hans Lauter / Joachim E. Meyer u.a. (Hg.): »Psychiatrie der Gegenwart«, Bd. 3: »Abhängigkeit und Sucht«, 3. Aufl., Berlin / Heidelberg / New York / London / Paris / Tokyo: Springer Verlag 1987, S. 425-440

Ashton, Heather: »The treatment of benzodiazepine dependence«, in: Addiction, Vol. 89 (1994), S. 1535-1541

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

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

Bish, Alison / Golombok, Susan: »The role of coping strategies in protecting individuals against long-term tranquilizer use«, in: British Journal of Medical Psychology, Vol. 69 (1996), S. 101-115

»BNF – British National Formulary«, 56. Aufl., London: RPS Publishing 2008

»BNF – British National Formulary«, 63. Aufl., Basingstoke: Pharmaceutical Press 2012

Breggin, Peter R.: »Psychiatric drug withdrawal«, New York: Springer Publishing Co. 2012

Breggin, Peter R. / Cohen, David: »Your drug may be your problem«, Cambridge: HarperCollins 2000

Campos, Alline Cristina / Moreira, Fabricio Araújo / Gomes, Felipe Villela u.a.: »Multiple mechanisms involved in the large-spectrum therapeutic potential of cannabidiol in psychiatric disorders«, in: Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, Vol. 367 (2012), S. 3364-3378; im Internet unter [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481531/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481531/) (Zugriff am 21.5.2019)

Caras, Sylvia: »Doing without drugs«, Santa Cruz: Selbstverlag 1991

Daunerer, Max: »Gifts in everyday life. How they come - How they are sick - How one can protect themselves from them«, 3. Aufl., München: Beck Verlag 2011

DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.) (Hg.): »Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen«, Köln: DGSP 2014

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

Ern, Guido / Fischbach, Ralf D.: »Gesunder Schlaf – Endlich wieder gut schlafen«, Hannover: Humboldt Verlag 2008

Faedda, Gianni L. / Tondo, Leonardo / Baldessarini, Ross J. u.a.: »Outcome after rapid vs gradual discontinuation of lithium treatment in bipolar disorders«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 50 (1993), S. 448-455

Fexer, Helmut: Persönliche Mitteilung, 1987

Harnisch, Günter: »Alternative Heilmittel für die Seele – Selbsthilfe bei depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und nervöser Erschöpfung«, 2. Aufl., Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2010

Heffmann, Iris: Persönliche Mitteilung, 2019

Icarus Project / Freedom Center: »Harm Reduction-Leitfaden zum risikoarmen Absetzen von Psychopharmakas«, New York / Northampton: Selbstverlag 2009

Inner Compass Initiative: »The Withdrawal Project«, 2017; Internet-Ressource [withdrawal.theinnercompass.org/](http://withdrawal.theinnercompass.org/) (Zugriff am 13.8.2019)

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

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

Klein, Donald F. / Gittelman, Rachel / Quitkin, Frederic u.a.: »Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: Adults and children«, 2. 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), S. 235-236

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

KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) / MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid / NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) u.a.: »Multidisciplinary document ›Discontinuation of SSRIs & SNRIs‹«, Utrecht: Discontinuation of Antidepressants Taskforce 2018; Internet-Ressource [thelancet.com/cms/10.1016/S2215-0366\(19\)30182-8/attachment/9270f201-4248-44b6-ae19-b197668524ed/mmc1.pdf](https://thelancet.com/cms/10.1016/S2215-0366(19)30182-8/attachment/9270f201-4248-44b6-ae19-b197668524ed/mmc1.pdf) [Kurz-URL: [bit.do/ad-mini](https://bit.do/ad-mini)] (Zugriff am 3.9.2019)

Krücke, Miriam: »Vorausverfügungen – Ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 99-106 (E-Book 2018)

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

Langfeldt, Marina: »Schadensersatzansprüche gegenüber pharmazeutischen Unternehmen aus der Gefährdungshaftung gemäß § 84 des Arzneimittelgesetzes im Zusammenhang mit dem Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, in: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrer und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) (Hg.): »Dritte Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, Berlin: BOP&P 2018, S. 6-13; im Internet unter bit.do/langfeldt (Zugriff am 26.6.2019)

Lehmann, Peter: »Mittel zur Linderung von Neuroleptikawirkungen«, in: Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zürich), 2012, Nr. 3, S. 18-20; im Internet unter bit.do/lindern (Zugriff am 26.6.2019)

Lehmann, Peter: »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Internetveröffentlichung bit.do/psychpav vom 18. Dezember 2015 (Zugriff am 26.6.2019)

Lehmann, Peter: »Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und *atypischer* Neuroleptika«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer u.a.: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen: Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017, S. 19-174 (E-Book 2018)

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

Märtens, Michael / Petzold, Hilarion (Hg.): »Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie«, Mainz: Grunewald Verlag 2002

Mander, A. J. / Loudon, J. B.: »Rapid recurrence of mania following abrupt discontinuation of lithium«, in: Lancet, 1988, S. 15-17

Mayerhofer, Franz: »Schlafstörungen durch Elektrosmog?«, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1998, S. 299-309; im Internet unter bit.do/fm-smog (Zugriff am 26.6.2019)

Millett, Kate: »The loony-bin trip«, London: Virago Press 1991; deutsche Ausgabe: »Der Klapsmühlentrip«, Köln: Kiepenheuer & Witsch 2018

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

Otto, Michael W. / Pollack, Mark H. / Sachs, Gary S. u.a.: »Discontinuation of benzodiazepine treatment: Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 150 (1993), S. 1485-1490

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

Riemann, Dieter: »Ratgeber Schlafstörungen – Informationen für Betroffene und Angehörige«, 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe Verlag 2016

Ross, Julia: »Was die Seele essen will – Die Mood-Cure«, Neuauflage, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 2017

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

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

Sandoz Pharmaceuticals AG: »Zoldorm®«, Risch-Rotkreuz: Fachinformation vom August 2018, in: »Arzneimittel-Kompendium Online«, Bern: HCI Solutions AG; Online-Publikation compendium.ch/mpro/mnr/15171/html/de (Zugriff am 15.7.2019)

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

Schlomme, Jann E.: »Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen«, in: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.: »Zweite Expertenrunde: PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Kompass ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, Berlin: BOP&P e.V. 2017, S. 4-13; im Internet unter bit.do/js-kombi (Zugriff am 26.6.2019)

Schlomme, Jann E. / Scholz, Thelke / Seroka, Renate: »Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen«, Köln: Psychiatrieverlag 2018

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

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

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

Spiegelhalder, Kai / Backhaus, Jutta / Riemann, Dieter: »Schlafstörungen«, 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe Verlag 2011

Suppes, Trisha / Baldessarini, Ross J. / Faedda, Gianni L. u.a.: »Discontinuation of maintenance treatment in bipolar disorder: Risks and implications«, in: Harvard Review of Psychiatry, Vol. 1 (1993), S. 131-144

Suzuki, Takefumi / Uchida, Hiroyuki / Tanaka, Kenji F. u.a.: »Reducing the dose of antipsychotic medications for those who had been treated with high-dose antipsychotic polypharmacy«, in: International Clinical Psychopharmacology, Vol. 18 (2003), S. 323-329

Suzuki, Takefumi / Uchida, Hiroyuki / Tanaka, Kenji F. u.a.: »Revising polypharmacy to a single antipsychotic regimen for patients with chronic schizophrenia«, in: International Journal of Neuropsychopharmacology, Vol. 7 (2004), S. 133-143

Tattersall, Mark L. / Hallstrom, Cosmo: »Self-help and benzodiazepine withdrawal«, in: Journal of Affective Disorders, Vol. 24 (1992), S. 193-198

Tornatore, Frank L. / Sramek, John J. / Okeya, Bette L. u.a.: »Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka«, Stuttgart / New York: Thieme Verlag 1991

Universitätsspital Basel: »Liste: Zermörserbarkeit und Verabreichungshinweise von Tabletten«, 8.3.2019; Internet-Ressource spitalpharmazie-basel.ch/pdf/Zermorerbarkeit\_Tabletten.pdf [Kurz-URL: bit.do/moersern] (Zugriff am 14.8.2019)

User Research Centre, Dep. Psychiatry and Psychology, Maastricht UMC: »Tapering-Strips«, Maastricht: Universität Maastricht; Online-Publikation taperingstrip.de vom April 2019 (Zugriff am 21.5.2019)

Vogel, Hans-Peter: »Schluckstörungen unter Neuroleptika«, in: Arzneiverordnung in der Praxis, März 2012, Band 39, Ausgabe 2, S. 46-47

Wells, Kevin A. / Losin, William G.: »In vitro stability, potency, and dissolution of duloxetine enteric-coated pellets after exposure to applesauce, apple juice, and chocolate pudding«, in: Clinical Therapy, Vol. 30 (2008), S. 1300-1308

Witzke-Gross, Jutta: »Absetzen von Medikamenten bei älteren Patienten – aber wie?«, in: KV (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) / KVH aktuell (Informationsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen) – Pharmakotherapie: Rationale Pharmakotherapie in der Praxis, 15. Jg. (2010), Nr. 4, S. 29-32

Woggon, Brigitte: »Psychopharmakotherapie affektiver Psychosen«, in: Karl Peter Kisker / Hans Lauter / Joachim E. Meyer u.a. (Hg.): »Psychiatrie der Gegenwart«, Bd. 5: Affektive Psychosen«, 3. Aufl., Berlin / Heidelberg / New York / London / Paris / Tokyo: Springer Verlag 1987, S. 274-325

Ziegler, Laura: »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – →Die Rechte eines Flohs«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 331-343 (E-Book 2018)

## **Karl Bach Jensen**

### **Entgiftung – im Großen wie im Kleinen** Für eine Kultur des Respekts

Als junger Mann bin ich ziemlich ausgerastet. Weder meine Familie noch ich selbst kannten etwas anderes als die psychiatrische Antwort: verschiedenste Arten hochdosierter Neuroleptika. Heute weiß ich, dass die Psychiatrie mir nichts wirklich Hilfreiches anbieten konnte und kann. Werde ich verrückt, halte ich mich fern von Medizinern, um keinerlei Risiko einzugehen, zu einer psychiatrischen Behandlung gezwungen zu werden. Sie abzulehnen, bedeutet in meinem Heimatland, dass man keinerlei professionelle Hilfe bekommt, wenn man verrückt wird.

Schon seit einigen Jahren engagiere ich mich in der internationalen und nationalen Bewegung von Psychiatriebetroffenen im Kampf um das Recht auf psychopharmakafreie Hilfe und das Recht, auf keinen Fall gegen meinen eigenen Willen behandelt zu werden. Gleichzeitig habe ich das Bedürfnis, an-

dere Einsichten in den Teil des menschlichen Lebens zu entwickeln, den die Psychiatrie zu kontrollieren versucht.

Ich fand Ideen und Wege, diese Phänomene zu verstehen. Sie unterscheiden sich sehr von der Geisteshaltung der Psychiatrie. Verrückt zu werden – egal ob man »unvernünftigerweise« Stimmen hört oder Visionen, Paranoia, Euphorie, Autismus, Depressionen, Angst- und Furchtzustände erlebt – ist eine Überlebensstrategie. Hinter den sogenannten psychischen Krankheiten kann man die Bereitschaft zu Überlebensmustern entdecken, die der Menschheit im Lauf der Evolution von der Natur mitgegeben wurden. Genauso wie andere Psychiatriebetroffene leide auch ich nicht an irgendeiner Hirnkrankheit; wir sind keine Träger irgendwelcher falscher Gene. Ich bin sicher nicht perfekt, aber ich bin ein menschliches Wesen, meine Verrücktheit hat einen Sinn, und ich habe das Recht, so zu leben, wie ich bin, ohne ständig Gefahr zu laufen, dass mein Gehirn und der Rest meines Körpers durch die modernen psychiatrischen Technologien geschädigt werden.

### **Psychotische Personen als kulturelle Wegweiser**

Ein gutes Beispiel für einen alternativen Zugang zu Phänomenen, die die Psychiatrie als »psychische Krankheit« etikettiert, liefert der norwegische Anthropologe und Philosoph Jens-Ivar Nergård. In seinem 1992 erschienenen Buch »Den vuxna barndomen – Den psykotiske personen som vägvisare i vår kultur« (»Die erwachsene Kindheit – Die psychotische Person als Wegweiser für unsere Kultur«) zieht er Parallelen zwischen dem samischen und lappländischen Schamanen, einem traditionellen spirituellen Ratgeber, und dem »psychotischen« Menschen in unserer modernen Kultur. (Das samische oder lappländische Volk, die Ureinwohner des hohen Nordens, lebten früher als Rentiernomaden im Norden von Norwegen, Schweden, Finnland und Russland.)

Nergård schreibt:

»Der samische Schamane hat besondere Fähigkeiten zu sehen oder zu fühlen, was die meisten seines Volks nicht sehen oder fühlen können. Man betrachtet ihn als Person mit einer besonderen Begabung, mit dem »Außergewöhnlichen« in Berührung zu kommen. (...) Er war auch eine Person, die ihren »inneren Raum« betreten und dadurch ei-

nen tieferen Kontakt mit den Mitgliedern seiner eigenen Gesellschaft herstellen konnte.« (S. 94)<sup>1</sup>

Nergård sagt, dass der Schmerz psychotischer Personen in der modernen Kultur aus dem inneren Erleben eben dieser Kultur herröhrt. Werden diese Personen isoliert, erfährt diese Kultur immer weniger Einsicht in sich selbst. Wertvolles Wissen wird aus der Gemeinschaft verbannt.

Laut Nergård ähneln sich der Schamane und die psychotische Person sehr. Der Schamane allerdings hat eine Zuhörerschaft. Er teilt seine Perspektive mit der Gemeinschaft, die bereit ist, seinen Erfahrungen zuzuhören.

»In unserer Kultur gilt die psychotische Person als krank. Deshalb denkt niemand, dass man vielleicht etwas Weises von ihr zu hören bekommen könnte. Isolation – und damit verbunden das Fehlen einer »Zuhörerschaft« – ist das Schicksal der psychotischen Person in unserer Gesellschaft.« (ebd., S. 96)

Doch jener »Psychose« genannte Zustand scheint mehr die Kultur als das Individuum zu charakterisieren. Die chronische Psychose ist durch die chronische Isolation der psychotischen Person bedingt.

»Während der Schamane in der samischen Kultur eine führende Rolle spielt, trägt die psychotische Person heute schwer an einer Lebenssituation, die von ihrer eigenen Kultur vor allem als sinnlos betrachtet wird. (...) Das, was die Psychose in unserer Kultur zu einer Krankheit macht, könnte – speziell gegen Ende – die völlige Isolation sein, der Entzug jeglicher Zuhörerschaft.« (ebd., S. 97)

In Kulturen, die keine systematischen Formen der Isolierung oder der Ausschließung von außergewöhnlichen psychologischen Phänomenen kennen, scheinen diese auch gar nicht als außergewöhnlich oder abweichend zu gelten. Wer »anders« ist, trägt einen Schmerz in sich, den alle mehr oder weniger ebenfalls in sich tragen. Der Schmerz selbst wird gemindert, wenn er durch Rituale kollektiviert werden kann und so zu einer gemeinsamen Erfahrung wird, in der jeder einzelne Mensch sich selbst wiedererkennen kann.

Die Tragödie der psychotischen Person besteht laut Nergård nicht darin, dass sie sich selbst oder ihr Leben opfert, sondern darin, dass sie Teil einer

1 Übersetzung der Zitate Nergårdts aus dem Schwedischen ins Englische: Karl Bach Jensen

Kultur ist, die nicht versteht, dass ihre Psychose ganz fundamental als Akt der Opferung erkannt werden sollte.

»Ist die Kultur nicht in der Lage, diese und ähnliche Situationen in dieser Weise zu verstehen, müssen immer mehr Menschen geopfert werden. Die Kultur wird ihre eigene innere Stimme verlieren – ihr eigenes, lebenswichtiges Korrektiv. Der Mangel an Selbsterkenntnis in dieser Kultur wird dann noch mehr (leeren) Raum schaffen für noch mehr psychotische Patienten. (...) Unserer vernunftorientierten Wissenschaftskultur mangelt es an Ritualen und institutionalisierten Mustern für kollektives Handeln und Verstehen, die der Kultur allgemein einen Zugang zu den Erfahrungen einer psychotischen Person ermöglichen könnten. Das herrschende Ritual in unserer Kultur besteht darin, die psychotische Person als Patienten in einer Institution einzusperren – und/oder zu medikamentieren, so dass die Lebenskraft der Person langsam schwächer wird und schließlich stirbt.« (ebd., S. 98f.)

### **Das psychische Exil – eine menschliche Verteidigungshaltung**

Es ist nur eine Frage der Kreativität und des forschenden Nachdenkens, sich vorzustellen, welche Muster der psychologischen, emotionalen und spirituellen Bereitschaft für unsere Vorfahren eine Rolle gespielt haben könnten, unter Bedingungen zu überleben, die ganz anders waren als die Zivilisation unserer Tage. Welche Muster der spirituellen Bewusstheit und der außergewöhnlichen Wahrnehmung und welche Fähigkeiten in der Kommunikation mit Geistern und Ahnen brachten Leben oder Tod für das Individuum, die Familien, die Stämme und Völker in der Frühzeit der Menschheit? Welche Muster des psychischen Exils könnten lebensrettend gewesen sein für Menschen, die seit Generationen in Sklaverei lebten und schlimmer noch als Tiere im Zoo gehalten wurden, oder für Menschen, die aus der Gemeinschaft ausgeschlossen wurden und unter tatsächlich wilden Tieren überleben mussten?

In der Geschichte jedes Individuums gibt es Gründe, warum aus dem großen Vorrat der Menschheit gerade diese oder jene Form des psychosozialen Überlebens zum Durchbruch kommt. Bringen diese Muster ein Verhalten

mit sich, das in Konflikt mit dem sozialen Zusammenhang steht, in welchem erwartet wird, dass man nur innerhalb seiner Grenzen funktioniert, dann verwandeln sie sich in sichtbare Probleme, in eine psychosoziale Not, die als Symptom einer psychischen Krankheit interpretiert werden kann. Dann wird man leider sehr leicht zum Objekt der psychiatrischen Theorie und Praxis, ob man dies will oder nicht.

Akzeptiert man die psychiatrische Herangehensweise, verwandeln sich die persönlichen Überlebensstrategien plötzlich in etwas Feindliches, in »schlechte« Teile der eigenen Person, die behandelt oder von denen man unbedingt geheilt und befreit werden sollte. Aber eine derart fundamental falsch begründete »Heilung« zwingt die eigenen Überlebensmuster oft erst recht noch stärker hervor. Statt eine Hilfe zum Verlassen des eigenen psychischen Exils zu bekommen, wird man noch tiefer hineingetrieben oder muss sogar nach noch größeren Rückzugsmöglichkeiten suchen. Ich weiß, dass das nur ein Teil der Geschichte ist. Manche Menschen sind der Meinung, dass die Psychiatrie für sie eine große Hilfe ist. Die anderen aber – direkt oder indirekt – in ein System hineinzuzwingen, das offensichtlich ihre Probleme eher noch verschlimmert: das ist unfair, egal wie man es dreht und wendet.

### **Gegen die innere Natur des Menschen**

In meinem Heimatland hat sich die Landwirtschaft – mehr oder weniger genauso wie in allen anderen Industriestaaten – gegen die Natur gewandt. Wild wachsende Pflanzen und frei lebende Tiere sind zu Feinden umdefiniert worden, gegen die fast jede Art von Kriegsführung erlaubt ist. Aber dieser Krieg gegen den wilden Teil der Natur hat sich in einen Krieg gegen den Menschen selbst verwandelt. Gifte, die über allen Feldern verspritzt werden, um biologische Organismen zu bekämpfen und zu kontrollieren und Profite zu maximieren, zerstören heute zunehmend die Qualität unseres Trinkwassers und den Ernährungswert der Nahrungsmittel. In meinem Heimatland richten sich die Verbraucher verstärkt gegen diese Behandlung unserer Existenz, der Erde und der Natur.

Habe ich recht, was die Natur der sogenannten psychischen Krankheit angeht (und ich bin ziemlich sicher, dass ich mich nicht irre), dann wird in nicht allzu ferner Zukunft ein ähnlicher Trend gegen die Technologie der Psychi-

atrie wachsen, die sich ebenfalls gegen unsere innere Natur gewandt hat – gegen den ›wilden‹ Teil der Menschheit.

In der Landwirtschaft hieß die Antwort ›Umdenken‹: weg vom Kampf gegen die Natur und weg von der Abhängigkeit von der chemischen Industrie, hin zu einem neuen Verständnis und einer Kooperation mit der Natur, analog den organischen und ökologischen Prinzipien und Erkenntnissen.

Ähnlich dem, was in der Landwirtschaft passierte, als Industrie und big business das Ruder übernahmen, ist heute auch der dominante Teil der Psychiatrie in seiner zunehmenden Abhängigkeit von modernster Technologie und seiner Verbindung mit industriellen und ökonomischen Giganten zu einer ernsten Bedrohung der Menschheit geworden.

Der Verrücktheit in einer angemessenen Weise zu begegnen, kann nur heißen, den Sinn selbst der verdrehtesten und unheimlichsten Einstellung entdecken zu lernen oder diese, wenn man den Sinn nicht versteht, zumindest zu akzeptieren. Warum hat die Natur ausgerechnet diese Überlebensmuster entwickelt? Warum kann gerade dieses Individuum nur überleben, indem es so denkt, wahrnimmt, fühlt und sich benimmt, wie es das jetzt gerade tut? Um den Sinn der Verrücktheit zu entdecken, muss man das eigene Bewusstsein öffnen und bereit sein, einen Dialog mit dem Mitmenschen *und* dem eigenen Selbst aufzunehmen.

Mit der Natur zu kooperieren, heißt aber auch, sich der engen Verbindung zwischen Geist und Körper und ihrer dialektischen Beziehung bewusst zu sein. Eine gesunde Ernährung hilft sehr, wenn wir psychisch wieder ausgeglichen sein wollen. Um mit starken Emotionen klarzukommen, die eigene Spiritualität freizusetzen und das Bewusstsein von seinem inneren psychischen Exil zurück ins soziale Leben zu holen, braucht es ein solides Fundament, einen gesunden Körper. Diesem Thema hat die Psychiatrie bisher sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Statt dessen schädigen ihre Behandlungsformen sehr oft den Körper der Patienten. Um der Verrücktheit in einer angemessenen Weise begegnen und ein natürliches Leben führen zu können, ist es nötig, frei von persönlichkeitsverändernden pharmakologischen Substanzen zu sein bzw. diese giftigen Medikamente abzusetzen.

## **Einrichtungen und Maßnahmen zur Hilfe beim Absetzen**

Das überkommene Konzept der psychischen Krankheit und des Bedarfs an synthetischen Psychopharmaka abzulehnen, speziell wenn sie über lange Zeit oder gar lebenslänglich verordnet werden, kann natürlich nicht heißen, die Augen zuzumachen vor den realen Problemen, die viele Menschen haben. Ich will keineswegs darauf hinaus, dass wir uns um andere, wenn sie verrückt werden, etwa gar nicht kümmern sollten, dass die Leute eingesperrt und allein gelassen werden sollten.

Ein wesentliches Charakteristikum alternativer psychosozialer Dienste würde darin bestehen, Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme und beim Wiedergewinnen des Gleichgewichts zu helfen – unter anderem durch gegenseitige Lernprozesse, Rechtsbeistand, alternative Medizin, gesunde Ernährung, natürliche Heilverfahren und spirituelle Übungen. Die alternative Arzneimittelkunde hat beispielsweise ein großes Wissen über die Wirkung von Kräutern und Homöopathika, die dem Körper und der Psyche helfen können, Entspannung zu finden und das innere Gleichgewicht wiederherzustellen. Mit solchen Dingen kann man möglicherweise nicht so viel Geld verdienen, doch sie sind es, die Zukunft haben.

In diesem Feld können Psychiatriebetroffene eine wichtige Rolle als Mitarbeiter und Ratgeber spielen, denn sie haben das Wissen darüber, was ihnen geholfen hat, das Gleichgewicht wiederherzustellen. Solche mit einer positiven Subkultur-Identität und Würde verbundenen Dienste können von der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden oder, mit öffentlicher finanzieller Unterstützung, von der Betroffenenbewegung selbst, wobei Menschen einfach ein Ort gegeben würde, sich zu treffen und ihr eigenes Leben zu gestalten. Falls Menschen eingesperrt werden müssen, um ihnen das Leben zu retten oder um sie davon abzuhalten, anderen ernsthaften Schaden zuzufügen, sollte niemand das Recht haben, ihnen irgendeine Art von Behandlung aufzuzwingen. Zum Schutz vor Zwangsbehandlung sollten in allen Staaten und Ländern Psychiatrische Testamente oder andere Vorausverfügungen rechtskräftig werden, in denen beschrieben ist, welche Form der Behandlung eine Person wünscht oder nicht wünscht, falls es zu einer Zwangseinweisung kommt.

Alternative Systeme und dezentrale Dienste müssten sich um die Bedürfnisse von Menschen mit psychosozialen Problemen in einer Weise kümmern, dass der Gebrauch von synthetischen und giftigen psychiatrischen Psychopharmaka minimiert und auf lange Sicht überflüssig wird.

Einen integrierten Teil eines zukünftigen, ökologisch und humanistisch ausgerichteten Gesellschaftssystems stellt der Verzicht auf toxische synthetische Stoffe in der Natur, im Wohnbereich, in der Ernährung und in der Medizin dar. Der Verzicht auf den Einsatz chemischer Gifte im psychosozialen Bereich könnte unter folgenden Gesichtspunkten entwickelt werden:

- In der Öffentlichkeit, bei Professionellen wie bei Betroffenen ist ein Bewusstsein über das inhumane, gefährliche und schädliche Kosten-Nutzen-Verhältnis chronischer Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka zu schaffen.
- Internationale Empfehlungen und nationale Gesetze, die psychiatrische Zwangsbehandlung und speziell juristisch verfügte Auflagen zur Dauer-einnahme im ambulanten Bereich ermöglichen, müssen bekämpft und verhindert werden.
- Es ist wichtig, Wissen über Entzugsprobleme und darüber, wie diese gelöst werden können, zu sammeln und zu verbreiten.
- Spezielle Hilfsprogramme und Einrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen müssen entwickelt werden.
- Die Aufklärung über schädliche Wirkungen und Abhängigkeitsrisiken ist bereits vor der Erstverabreichung psychiatrischer Psychopharmaka sicherzustellen.
- Die Verursacher psychopharmakabedingter Schmerzen, Leiden und Behinderungen sind zur Zahlung von Schmerzensgeld zu verpflichten.
- Es müssen Methoden, Systeme, Dienste und Institutionen einer kurz-, mittel- und langfristigen Hilfe und Unterstützung entwickelt werden, die in keiner Weise auf der Verabreichung von synthetischen Psychopharmaka aufbauen.

## Literatur

Nergård, Jens-Ivar: »Den vuxna barndomen. Den psykotiske personer som vägvisare i vår kultur«, Ludvika: Dualis Förlag 1992

*Aus dem Englischen von Gaby Sohl*

## Anhang

### Psychopharmaka-Wirkstoffe und Handelsnamen

Die Tabelle enthält psychiatrische Psychopharmaka, die derzeit in Deutschland, Österreich und der Schweiz zur Verordnung in der Humanmedizin im Handel oder zur Einfuhr zugelassen sind.

Enthalten sind zudem Psychostimulanzien, mit man gegen Magersucht oder zur Unterdrückung von »Verhaltensstörungen« bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gibt, sowie Antiparkinsonmittel, die unter anderem zur Linderung oder Kaschierung neuroleptikabedingter Muskelstörungen eingesetzt werden und die ebenfalls Absetz- und Entzugsprobleme bereiten können.

Unter [bit.do/psy-liste](http://bit.do/psy-liste) finden Sie im Internet ein fortlaufend aktualisiertes Verzeichnis auf dem deutschsprachigen Markt befindlicher Psychopharmaka.

Alle Angaben sind ohne Gewähr.

WIRKSTOFF	HANDELSNAMEN
-----------	--------------

#### NEUROLEPTIKA

Alfentanil	Alfentanil, Rapifen
Amisulprid	Amisulprid, Amisulpride, Solian
Aripiprazol	Abilify, Alcartis, Arieleto, AripiHexal, Aripilif, Aripipan, Aripiprazol, Arpoya
Asenapin	Sycrest
Benperidol	Glianimon
Brexpiprazol	Rexulti
Cariprazin	Reagila
Chlorprothixen	Truxal
Clotiapin	Entumin
Clozapin	Clopin, Clozapin, Lanolept, Leponex
Droperidol	Droperidol, Ponveridol, Xomolix

Flupentixol	Fluanxol; enthalten in Deanxit
Fluphenazin	Fluphenazin, Lyogen
Haloperidol	Haldol, Haloperidol
Levomepromazin	Levomepromazin, Neurocil, Nozinan
Loxapin	Adasuve
Lurasidon	Latuda
Melperon	Buronil, Melperon
Olanzapin	Aedon, Olanpax, Olanzapin, Olazax, Zalasta, Zypadhera, Zyprexa
Paliperidon	Invega, Trevicta, Xeplion
Perazin	Perazin, Taxilan
Pipamperon	Dipiperon, Pipamperon
Promazin	Prazine
Promethazin	Atosil, Promethazin
Prothipendyl	Dominal
Quetiapin	Quentiax, Quetheorie, Quetialan, Quetiapin, Sequase, Seroquel
Reserpin	enthalten in Triniton
Risperidon	Aleptan, Risperdal, Risperidon
Sertindol	Serdolect
Sufentanil	Dzuveo, Sufenta, Sufentanil, Zalviso
Sulpirid	Dogmatil, Meresa, Meresasul, Sulpirid, Sulpivert, Vertigo-Meresa, vertigo-neogama
Tetrabenazin	Dystardis, Nitoman, Tetmodis, Tetrabenazin, Xenazine
Thioridazin	Melleril, Thioridazin
Tiaprid	Delpral, Tiaprid, Tiapridal, Tiapridex
Ziprasidon	Zeldox, Ziprasidon
Zuclopentixol	Ciatyl-Z, Cisordinol, Clopixol

## ANTIDEPRESSIVA

Agomelatin	Agogerolan, Agomelatin, Thymanax, Valdoxan
Amitriptylin	Amitriptylin, Saroten, Syneudon; enthalten in Limbitrol
Amitriptylinoxid	Amioxid
Bupropion	Bupropion, Carmubine, Elontril, Wellbutrin, Zyban; enthalten in Mysimba
Citalopram	Cipramil, Citalon, Citalopram, Citalostad, Claropram, Pram, Seropram

Clomipramin	Anafranil, Clomipramin
Dapoxetin	Priligi
Doxepin	Aponal, Doxepin, Mareen, Sinquan
Duloxetin	Cymbalta, Dulasolan, Duloxalta, DuloxeHexal, Duloxetin, Dutilox, Xeristar, Yentreve
Escitalopram	Cipralex, Escitalopram, Escitax, Pramulex
Fluoxetin	Felicum, Fluctine, Fluoxetin, Fluoxibene, Flux, Mutan, Positivum
Fluvoxamin	Fevarin, Floxyfral
Imipramin	Imipramin
Maprotilin	Ludiomil, Maprotilin
Melitracen	enthalten in Deanxit
Mianserin	Mianserin, Tolvon
Milnacipran	Ixel, Milnacipran, Milnaneurax
Mirtazapin	Mirtabene, Mirtagamma, Mirtaron, Mirtazap, Mirtazapin, Mirtazelon, Mirtel, Remergil, Remeron
Moclobemid	Aurorix, Moclo A, Moclobemid
Nortriptylin	Nortriilen
Opipramol	Insidon, Opipram, Opipramol
Paroxetin	Deroxat, Dropax, Ennos, Paronex, Paroxat, paroxedura, Paroxetin, Seroxat
Reboxetin	Solvex
Sertralin	Adjuvin, Seralin, Sertragen, Sertralin, Tresleen, Zoloft
Tianeptin	Stablon, Tianeurax
Tranylcypromin	Tranylcypromin
Trazodon	Trazodon, Trittico
Trimipramin	Stangyl, Surmontil, Trimipramin, Trimipramine Zentiva
Tryptophan	Ardeydorm, Ardeytropin; enthalten in diversen Infusionslösungen
Venlafaxin	Efectin, Efexor, Trevilor, Velostad, Venlafab, Venlafaxin, Venlagamma, Venlax
Vortioxetin	Brintellix

## PHASENPROPHYLAKTIKA / STIMMUNGSSTABILISATOREN

Carbamazepin	Carbaflux, Carbamazepin, Neurotop, Tegretal, Tegretol, Timonil
Lamotrigin	Gerolamic, Lamictal, Lamotribene, Lamotrigin, Lamotrin

Lithium	Hypnorex, Lithiofor, Neurolepsin, Priadel, Quilonorm, Quilonumi
Oxcarbazepin	Apydan, Oxcarbazepin, Timox, Trileptal
Pregabalin	Algecia, Lyribastad, Lyrica, Pregabador, PregabaHexal, Pregabalin, Pregablin
Valproinsäure	Convulex, Depakine, Natriumvalproat, Orfiril, Valpro, Valproat, Valproate

## TRANQUILIZER

Alprazolam	Alprastad, Alprazolam, Tafil, Xanax, Xanor
Bromazepam	Bromazep, Bromazepam, Lexotanil, Normoc
Brotizolam	Lendorm, Lendormin
Buspiron	Anxut
Chlordiazepoxid	Librium; enthalten in Librax, Librocol, Limbitrol
Cinolazepam	Gerodorm
Clobazam	Frismium, Urbanyl
Clonazepam	Antelespin, Clonazepam, Rivotril
Diazepam	Diazepam, Gewacalm, Psychopax, Stesolid, Valium, Valocordin
Dikalium- clorazepat	Clorazepate Zentiva, Tranxilium
Flunitrazepam	Rohypnol
Flurazepam	Dalmadorm, Flurazepam, Staurodorm
Hydroxyzin	AH 3, Atarax
Ketazolam	Solatran
Lorazepam	Lorazepam, Sedazin, Tavor, Temesta, Tolid; enthalten in Somnium
Lormetazepam	Loramet, Loretam, Lormetazepam, Noctamid, Sedalam, Sedalor
Medazepam	Rudotel
Midazolam	Buccolam, Dormicum, Midazolam
Nitrazepam	Eatan, Mogadon, Nitrazepam, Novanox
Oxazepam	Adumbran, Anxiolit, Oxa, Oxazepam, Praxiten, Seresta
Prazepam	Demetrin, Mono Demetrin
Temazepam	Normison, Planum, Remestan, Temazep
Triazolam	Halcion

Zolpidem	Bikalm, Edluar, Ivadal, Mondeal, Stilnox, Zoldem, Zoldorm, Zolpidem
Zopiclon	Imovane, Optidorm, Somnal, Somnosan, Ximovan, Zopiclon, Zopiclone

**PSYCHOSTIMULANZIEN und mit vergleichbarer Indikation eingesetzte Psychopharmaka (zur Ruhigstellung »hyperaktiver« Kinder, Jugendlicher und Erwachsener)**

Atomoxetin	Agakalin, Atofab, Atomoxetin, Strattera
Dexamfetamin	Attentin
Dexmethylphenidat	Focalin
Guanfacin	Intuniv
Lisdexamfetamin	Elvanse
Methylphenidat	Concerta, Equasym, Kinecteen, Medikid, Medikinet, Methylphenidat, Methylphenidathydrochlorid, Ritalin

**ANTIPARKINSONMITTEL (eingesetzt unter anderem zur Linderung oder Kaschierung neuroleptikabedingter Muskelstörungen)**

Amantadin	Amantadin, Amantadinsulfat, PK-Merz, Symmetrel, tregor
Biperiden	Akineton
Bornaprin	Sormodren
Procyclidin	Kemadrin, Osnervan

## Autorinnen und Autoren

**Karl Bach Jensen**, geboren 1951 in Dänemark. 1973/74 in einer psychiatrischen Anstalt eingesperrt und gewaltsam mit Elektroschocks und hochdosierten Neuroleptika behandelt. Freiwilliger Psychiatriepatient in den Jahren 1975, 1980 und 1985. Seither kein persönlicher Kontakt mehr zur Psychiatrie. Bei akuter Verrücktheit erfährt er Hilfe von seinem persönlichen Netzwerk und von Naturheilmitteln. Seit 1980 Mitglied der Bewegung von Psychiatriebetroffenen in Dänemark. 1991 Mitbegründer des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, 1994 bis 1996 dessen Vorsitzender. Mitbegründer und Vorstandsmitglied von Landsforeningene af Nuværende og Tidligere Psykiatibrugere (LAP), dem dänischen Verband Psychiatriebetroffener. Seit 2001 einer der beiden europäischen Mitglieder des Vorstands des Weltverbands Psychiatriebetroffener. Viele Jahre Lehrer in einer staatlichen Schule. Sieben Jahre lang angestellt als Manager eines betroffenenkontrollierten Tageszentrums in Kolding/Dänemark. Derzeit angestellte Beratertätigkeit in einem Zentrum für soziale Entwicklung, Forschung und Lehre. Gab einige psychiatriekritische Bücher heraus und schrieb eine Reihe von Artikeln in dänischen Zeitschriften.

**Regina Bellion**, Jahrgang 1941. Putzfrau, Fabrikarbeiterin, Hause-Couture-Verkäuferin, Lehrerin, Bardame u.v.m. Heute Rentnerin. Lebt in Wilhelmshaven.

**Olga Besati** (Pseudonym). Nachkriegskind, aufgewachsen im Norden, Süden, Osten und Westen Deutschlands. Aufenthalte in England und Frankreich. Familienwelten verlassen, neue Wege in der literarischen Welt – Schriftstellerin, Übersetzerin, Rezitatorin. Auftritte europaweit, gemeinsam

mit einem Musiker (Literatur trifft Musik). Lebt seit 2009 in Frankreich.

**Wilma Boevink** – geboren 1963. Sozialwissenschaftlerin. Arbeitet in Utrecht als leitende Forscherin am *Trimbos-instituut*, dem niederländischen Institut für Psychiatrie und Abhängigkeit. Gründerin von TREE, einer betroffenengeleiteten Ausbildungs- und Beratungsgruppe zu den Themen Recovery, Empowerment und Expertentum durch Erfahrungswissen. 2006 bis 2009 Vorsitzende der Stichting Weerklink, der niederländischen Organisation von Menschen, die Stimmen hören und psychotische Erfahrungen haben. 2008 bis 2013 Professorin für Recovery an der Hanze-Universität Groningen. Früher aktiv in der niederländischen Psychiatriebetroffenenbewegung; ehemaliges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Buchveröffentlichungen u.a.: »Stories of Recovery: Working together towards experiential knowledge in mental health care« (»Berichte zur Gesundung – Zusammenarbeiten in Richtung Erfahrungswissen in psychiatrischer Betreuung«, Hg. 2006); Co-Autorin von »Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and related perspectives« (»Gesundung von Menschen mit psychischer Betreuung – Philosophische und verwandte Perspektiven«, 2012), »Empowerment, Lifelong Learning and Recovery in Mental Health: Towards a new paradigm« (»Empowerment, lebenslanges Lernen und Gesundung in der Psychiatrie – Auf dem Weg zu einem neuen Paradigma«, 2012).

**Michael Chmela**. Geboren 1958 in Vorarlberg, Österreich. 1976 bis 1983 Medizinstudium in Graz. 1997 bis 1999 Obmann der Informations- und Kontaktstelle für

Selbsthilfegruppen »Club Antenne« in Vorarlberg. 1999 Trialogmitbegründer in Vorarlberg. Aktive Teilnahme und Vorbereitung der 1. Österreichischen Psychiatrie-Erfahrenen-Konferenz in Linz 1999, dann Mitbegründer und Obmann des Österreichischen Netzwerks Psychiatrie-Erfahrener. 2000 Gründungsmitglied des »omnibus e. V.« und Lehrbeauftragter für soziale Berufe an der Hochschule Klagenfurt, Schwerpunkte: Selbsthilfe, Bewegung von Psychiatrie-Erfahrenen, Empowerment, Salutogenese. 2001 bis 2007 Leiter der Peer-Beratungsstelle »Gleiche beraten Gleiche« in Bregenz. Veröffentlichungen in verschiedenen Fachzeitschriften zum Thema Patientenrechte und Gefahren der Anti-Stigma-Kampagne.

**Oryx Cohen.** Master in öffentlicher Verwaltung, einer der führenden Aktivisten der internationalen Betroffenenbewegung. Einer der ersten Leiter der Recovery-Lerngemeinschaft im Westen von Massachusetts, einem betroffenengeleiteten Netzwerk gegenseitiger Hilfe, Fürsprache und Recovery-Fortbildung. Mitarbeit u. a. bei NARPA (National Association for Rights Protection and Advocacy) und INTAR (International Network Toward Alternatives and Recovery). Jahrrelanges Engagement bei MindFreedom International, dort zuständig für das Oral History Projekt. Derzeit leitet Oryx die Abteilung für technische Hilfen am National Empowerment Center.

**Susanne Cortez** (Pseudonym), geboren 1963 in Deutschland. Grund- und Hauptschullehrerin, verheiratet, 2 Kinder.

**Bert Gölden**, geboren 1955. 1969 Ausbildung zum Schriftsetzer, anschließend Weiterbildung zum Fotosetzer. 1985 bis 1987 Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit als Fotosetzer. Eine Zwangserkrankung führte zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben. 1996 Gründung einer Selbsthilfegruppe für Betroffene von Zwangsstörungen und deren Angehörige; Leitung bis 2004. Von 2000 bis 2008 Landesbeauftragter Nordrhein-Westfalen der

Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen. Aktuelle Themenschwerpunkte sind Hypnose und natürliches Heilen mit Nahrungsergänzungsmitteln sowie Telefonberatung.

**Gábor Gombos**, geboren 1961, ist Physiker. Seit 1993 engagiert er sich in der Bewegung von Psychiatriebetroffenen. Seit 1996 ist er Vorsitzender der ungarischen Selbsthilfeorganisation *Voice of Soul (Stimme der Seele)*. Viele Jahre vertrat er die osteuropäischen Länder im Vorstand des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP) und im Koordinationsforum des Weltverbands von Psychiatriebetroffenen (WNUSP). Mitglied im Vorstand der ungarischen Abteilung des Weltverbands für psychosoziale Rehabilitation. Erhielt 2009 das Ritterkreuz der Republik Ungarn als Auszeichnung für besondere Verdienste um die Menschenrechte von Personen mit Behinderungen.

**Katalin Gombos**, geboren 1954, Computerexpertin, hat eine mehr als zehnjährige Erfahrung mit Psychiatrie und Neuroleptika. Sie ist Gründungs- und Vorstandsmitglied von *Voice of Soul (Stimme der Seele)*, einer Vereinigung von Psychiatriebetroffenen. Katalin Gombos starb am 24. Mai 2014.

**Iris Heffmann** (Pseudonym), geboren in Deutschland, Team-Mitglied Online-Gemeinschaft ADFD ([www.adfd.org](http://www.adfd.org)), Berlin

**Maths Jesperson**. Geboren 1954. 1980 bis 1981 Insasse in einem alten psychiatrischen Krankenhaus. 1982-88 Produzent einer professionellen Theatergruppe und Kommunalpolitiker der Grünen. Konvertierte 1984 zum Katholizismus. Seit 1988 Regionalsekretär von RSMH, dem schweidischen Verband Psychiatriebetroffener. 1991 Gründungsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP), von 1994 bis 1999 sein Rundbrief-Redakteur. Initiierte international anerkannte Projekte: das betroffenengeleitete Hotel Magnus Stenbock, den PO-Skåne (professionelle Ombudsmänner und -frauen

für Psychiatriebetroffene) und das Stumpen-Ensemble, eine Theatergruppe von Drogenabhängigen, Obdachlosen und Psychiatriebetroffenen. Parallel Forschungstätigkeit am Fachbereich Theaterwissenschaft der Universität Lund.

**Klaus John.** Jahrgang 1958, Vater zweier Kinder. Heilpraktikertätigkeit in eigener Naturheilpraxis seit 1985 mit den Schwerpunkten: Akupunktur, Elektroakupunktur, Bioelektronische Funktionsdiagnostik, Homöopathie, katathymes Bilderleben, Hypnose, Transpersonale Psychologie und Farbtherapie. Dreijährige Ausbildung in Transpersonaler Psychologie bei Stanislav Grof, USA. Seminartätigkeit und Holotropes Atmen seit 1988. VHS-Kursleiter für autogenes Training seit 1990. Programm- und Geräteentwicklung zur Farbtherapie seit 1993. Veröffentlichung: »Eine Reise nach Innen – Holotropes Atmen mit Klaus John« (DVD, 2009). Mehr siehe [www.Klaus-John.de](http://www.Klaus-John.de)

**Bob Johnson** (England), Dr. med., eingetragen bei der Ärztekammer als Facharzt für Psychiatrie. Seit 1958 Mitglied der Royal Medico-Psychological Association, seit 1973 des Royal College of Psychiatrists. Buchveröffentlichungen: »Emotional health: What emotions are and how they cause social and mental diseases« (»Emotionale Gesundheit – Was Emotionen sind und wie sie zu sozialen und psychischen Krankheiten führen können«, 2005); »Unsafe at any dose: Exposing psychiatric dogmas – so minds can heal« (»Unsicher bei jeder Dosierung – Die Aufdeckung psychiatrischer Dogmen, damit der Geist gesunden kann«, 2006); »How verbal physiotherapy works« (»Wie Gesprächsphysiotherapie wirkt«, 2018).

**Manuela Kälin** (Pseudonym). 1969 Ausbildung zur Krankenschwester. Praktische Tätigkeit in verschiedenen Abteilungen, auch im Ausland. 1983/84 Ausbildung als medizinische Masseurin. Drei Jahre Physiotherapie in einem Spital. Weiterbildung in Komplementärmedizin. Seit 1990 eigene Praxis in der Schweiz.

**Kerstin Kempker**, geboren 1958 in Wuppertal, zwei Töchter, lebt in Berlin. Ausbildung zur Industriekauffrau in Nürnberg, Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik in Berlin. Mitbegründerin des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt, der das Berliner Weglaufhaus aufgebaut hat, eine antipsychiatrische Kriseneinrichtung für Psychiatriebetroffene. Sie arbeitete dort von der Eröffnung 1996 bis 2001. Diverse antipsychiatrische Buchpublikationen: »Mitgift – Notizen vom Verschwinden« (2000), »Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus« (Hg. 1998), »Statt Psychiatrie« (1993, Hg. gemeinsam mit Peter Lehmann), »Teure Verständnislosigkeit – Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie« (1991). Seit 2002 Autorin von Belletristik, u. a.: »Die Betrogenen« (2007), »Das wird ein Fest« (2012), »Die Erfüllung der Wünsche« (2014), »Nur die Knochen bitte: Eine Übergabe« (2015), »Bruderherz: Ein Flimmern« (2017). Mehr siehe [www.kerstin-kempker.de](http://www.kerstin-kempker.de)

**Leo P. Koehne** (Pseudonym), geboren 1970, studiert Politikwissenschaften und arbeitet als freier Journalist. Seit 1994 Mitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfrener (BPE).

**Elke Laskowski.** Jahrgang 1958, Mutter einer Tochter, Ehefrau. Ich bin durch mein Sozialarbeiterstudium mit Menschen, die als psychisch krank gelten, in Kontakt gekommen, habe ihre Not gesehen und beschlossen, einen anderen Weg zu finden. So bin Heilpraktikerin geworden. Seit 1991 arbeite ich in eigener Praxis, jetzt in Wunstorf bei Hannover. Mein Schwerpunkt liegt bei Energieheilverfahren, diese sind: Bachblüten, biodynamische Körper- und Auraarbeit sowie feinstoffliche Arbeit mit Gefühlen und Ängsten.

**Peter Lehmann.** Dipl.-Pädagoge. Autor, Verleger und Versandbuchhändler in Berlin. 1989 Gründungsmitglied des Weglaufhauses Berlin, 1990 von PSYCHEX (Schweiz; seit 2015 auch PSYCHEXODUS), 1991 von ENUSP (Europäisches

Peter Lehmann (Hg.)

## Psychopharmaka absetzen

Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilitzern

Vorworte von Pirkko Lahti und Loren R. Mosher

5., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit Beiträgen von Karl Bach Jensen, Regina Bellion, Olga Besati, Wilma Boevink, Michael Chmela, Oryx Cohen, Susanne Cortez, Bert Gölden, Gábor Gombos, Katalin Gombos (†), Iris Heffmann, Maths Jesperson, Klaus John, Bob Johnson, Manuela Kälin, Kerstin Kempker, Leo P. Koehne, Elke Laskowski, Peter Lehmann, Ulrich Lindner, Jim Maddock, Mary Maddock, Constanze Meyer, Fiona Milne, Harald Müller (†), Mary Nettle, Una M. Parker, Pino Pini, Nada Rath, Hannelore Reetz, Roland A. Richter, Marc Rufer, Lynne Setter, Martin Urban, Wolfgang Voelzke, David Webb, Josef Zehentbauer und Katherine Zurcher