Peter Lehmann

Ärztlich verordnete Psychopharmaka absetzen – Praxiskonzepte und offene Fragen

Bemerkungen zum Buch »Psychopharmaka reduzieren und absetzen«[1]

Im deutschsprachigen Raum nehmen Millionen von Menschen Psychopharmaka. Einer ihrer größten Wünsche findet durch ein neues Buch seinen Weg in die Praxis: Psychopharmaka reduzieren und absetzen zu können. Ich, der Mitherausgeber, Mitautor und Mitverleger des Bandes, berichte über die neue Publikation.

Tückische Fehlinformationen

Das Wissen darüber, wie ärztlich verschriebene Psychopharmaka risikomindernd reduziert und abgesetzt und wie Absetz- und Entzugsprozesse unterstützt werden können, wird von der Ärzteschaft nur unzureichend oder überhaupt nicht gefördert. In ihrer Ausbildung spielt dieses Thema bisher kaum eine Rolle. Herstellerfirmen und ärztlich Tätige weisen – außer bei Benzodiazepinen – nur ansatzweise oder überhaupt nicht auf die Risiken der Medikamentenabhängigkeit hin. Professionelle Hilfe für das Absetzen und den Entzug ist schwer zu finden oder schlicht nicht vorhanden.

Hinzu kommen die an Ärzte gerichteten Herstellerinformationen, in denen Entzugsprobleme bestritten werden und meist eine extrem kurze Zeit zum Absetzen vorgeschlagen wird, sollte überhaupt daran gedacht werden. Es heißt dann, man solle stufenweise in ein, zwei Wochen absetzen. Dies ist gerade nach längerer Einnahmezeit beispielsweise von Clozapin (im Handel auch als Clopin, Lanolept und Leponex) irrwitzig schnell, völlig verantwortungslos. Die Mylan Pharma GmbH beispielsweise schreibt in ihrer Patienteninformation:

> »Falls Sie Clozapin Viatris absetzen müssen, wird Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin die Dosis langsam über 1 bis 2 Wochen reduzieren, um unerwünschte Wirkungen zu vermeiden.« (undatiert)

Ärztlich Tätigen wird in der Fachinformation dieselbe Geschwindigkeit vorgeschlagen (Mylan Pharma GmbH 2023). Ähnliches war vor Kurzem in der Apotheken-Umschau zu Quetiapin zu lesen:

> »Nach Anleitung der Ärztin oder des Arztes sollte die Dosis langsam über etwa zwei Wochen reduziert werden.« (Klados 2023)

Ärztinnen und Ärzte, die sich an solche Vorgaben halten, können einen riesigen Schaden anrichten. Auch die Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) leiten fehl. Dass Antidepressiva und Neuroleptika abhängig machen können, wird unterschlagen oder – bei Antidepressiva mit ihren teilweise massiven Entzugsproblemen – mit Wortspielereien weggeredet (»Eine ›Abhängigkeit‹ im Sinne der Definition ist formell jedoch nicht gegeben…« [Bundesärztekammer u.a. 2022, S. 78]). Entzugsprobleme bei Antidepressiva und Neuroleptika werden als »Absetz-Beschwerden« oder »Absetzphänomene« bagatellisiert. Bei Neuroleptika würden diese lediglich bei deutlicher Dosisreduktion und zu schnellem Absetzen auftreten (DGPPN 2019, S. 62).

Zudem geht es beim Absetzen häufig um Kombinationen. Bis zum Erscheinen des Artikels »Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen« von Jann Schlimme und Peter Lehmann hierzu im gerade in erstmaliger Kooperation von Psychiatrieverlag und Antipsychiatrieverlag erschienenen

Buch »Psychopharmaka reduzieren und absetzen« (Lehmann & Newnes 2023a) gab es weltweit keine belastbare Informationen darüber, wie man diese absetzen kann.

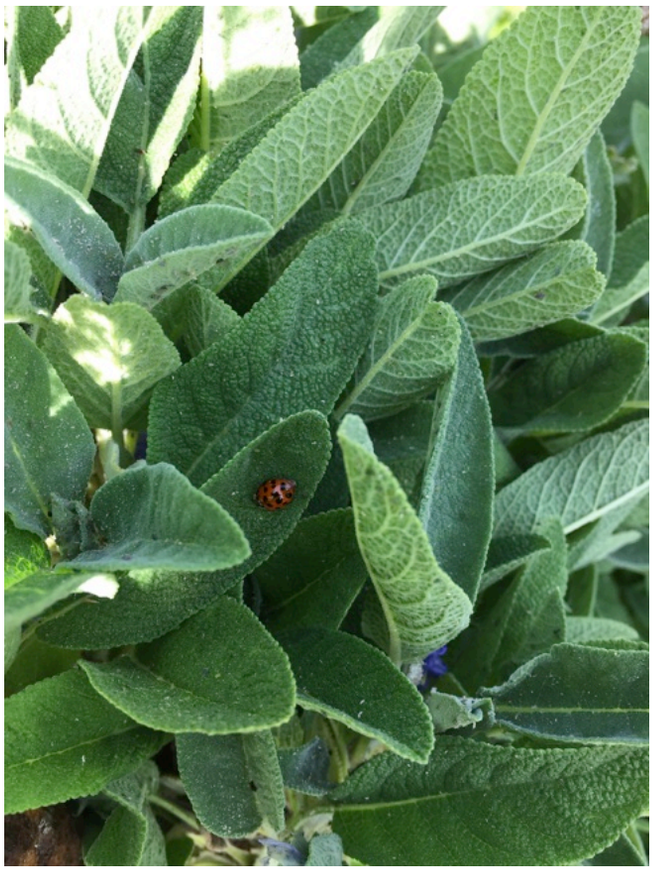
Entzug und Rückfall

Entzugsprobleme werden immer wieder mit sogenannten echten Rückfällen verwechselt. Die Präparate werden daraufhin erneut verschrieben, anstatt andere Wege auszuprobieren. Von Polypharmazie, das heißt die gleichzeitige und dauerhafte Verabreichung mehrerer Psychopharmaka, und »Kaskaden-Iatrogenese« (Fava 2023, S. 37) spricht der italienische Psychiater Giovanni Fava. Er meint die mit fortwährender Behandlung oft zunehmende Zahl von Psychopharmaka sowie körpermedizinischen Medikamenten, die langfristig neue Probleme verursachen und das ursächliche psychische Problem behandlungsresistent machen. Dadurch nehmen auch die unerwünschten Psychopharmakawirkungen zu, die Gesundheit der Betroffenen wird zum Teil extrem geschädigt.

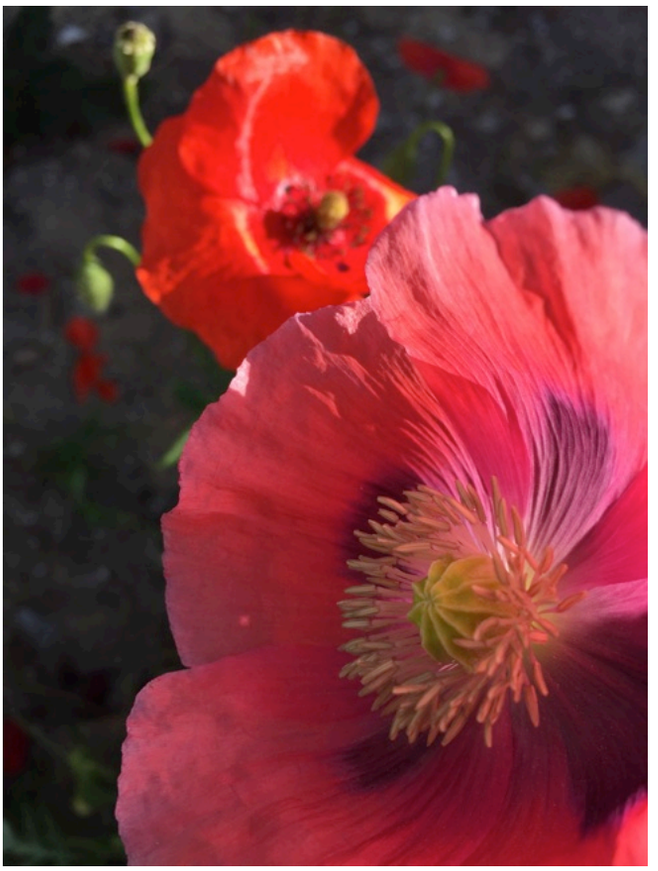
Für diese ist das Reduzieren und Absetzen in Eigeninitiative angesichts der gegebenenfalls komplexen Probleme äußerst schwierig (Lehmann 2019), für viele nahezu unmöglich. Hersteller bieten meist nur relativ große Produkteinheiten an, so dass das oft besonders am Ende des Absetzprozesses notwendige Absetzen in immer kleineren Schritten und Dosierungen nur schwer möglich ist. Hinzu kommt die sich mit der Zeit einstellende körperliche Abhängigkeit mit damit einhergehenden Entzugsproblemen. Zuletzt belasten die Falschinformationen über Absetzrisiken sowie die angstmachende Prophezeiung eines angeblich gesetzmäßig eintretenden Rückfalls, wenn man gegen ärztlichen Rat absetzt.

Diagnose »Medikamentenabhängigkeit«

Um Absetz- und Entzugsprobleme identifizieren und beim Namen nennen zu können, sind zunächst eine Diagnose der Medikamentenabhängigkeit und ein damit verbundener Diagnoseschlüssel notwendig. Ärztinnen und Ärzte, die Entzugsprobleme vom sogenannten echten Rückfall abgrenzen wollen, benötigen eine Differenzialdiagnose. Darunter ist die Gesamtheit aller Diagnosen zu verstehen, mit der man die vorhandenen Symptome erklären kann – konkret: dass es bei Problemen, die in Zusammenhang mit dem Absetzen auftreten, auch um Entzugsprobleme handeln könnte.



So könnten Betroffene besser vor einer Dauerverabreichung und ihren gesundheitlichen Folgen geschützt werden. Deren prophylaktische, das heißt rückfallverhütende Wirkung erweist sich bei näherem Hinsehen zudem als bloße Wunschvorstellung. Dies zeigen die Artikel »Zweifelhafte prophylaktische Wirkung von Neuroleptika« von Robert Whitaker und »Zweifelhafte prophylaktische Wirkung von Antidepressiva« von Craig Newnes. Trotzdem verabreicht man vielen Betroffenen auf Dauer Psychopharmaka mit der Begründung, sie bräuchten diese Substanzen »wie der Diabetiker sein Insulin«. Eine Diagnose der Antidepressiva- und Neuroleptika-Abhängigkeit der Medikamentenabhängigkeit und die damit verbun-



denen Konsequenzen würde den Betroffenen den Erhalt notwendiger Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen und Kliniken und professionell Tätigen eine angemessene Bezahlung.

Im »ICD-11« (WHO 2021) sucht man solche Diagnosen allerdings vergeblich in der Liste von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial. Antidepressiva und Neuroleptika lösen »nur« eine körperliche Abhängigkeit aus, jedoch kein Suchtverlangen. Die internationale Psychiaterschaft hatte – ganz im Sinne der Pharmaindustrie – Suchtverlangen zur unerlässlichen Bedingung einer Medikamentenabhängigkeit erklärt. Sie will die umsatzreduzierende Feststellung der körperlichen Abhängigkeit wegreden und blockiert so den Zugang zu Therapien und die Übernahme von Therapiekosten durch Krankenkassen.

Industrieunabhängige Forschung

Mittlerweile liegen deutliche Hinweise auf Entzugsprobleme bei Antidepressiva und Neuroleptika vor (siehe mein eigener Beitrag »Gibt es eine Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika?«). Dennoch erfolgt nach wie vor keine systematische Forschung, um das Entstehen dieser Art von Medikamentenabhängigkeit besser zu verstehen und zu verhindern. Bisherige Studien sind nicht darauf ausgerichtet, Entzugsprobleme zu untersuchen (EMEA 2020, S. 3). Was Neuroleptika betrifft, so gab es laut Lasse Brandt von der Berliner Charité und Kollegen (Brandt u.a. 2020) seit Einführung der Neuroleptika Anfang der 1950er-Jahre bis Oktober 2019 weltweit gerade einmal fünf den formal-wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht werdende Absetzstudien mit einer Gesamtzahl von 261 Personen.

Aktuelle Studien sind so strukturiert, dass Absetzversuche von vornherein zum Scheitern verurteilt sind, da übermäßig schnell abgesetzt wird und die Studienteilnehmer nicht über Entzugsrisiken, die Notwendigkeit einer angepassten Absetzgeschwindigkeit und risikoarme Absetzmethoden aufgeklärt werden (Lehmann 2016).

Ein besonders dringliches Anliegen betrifft persistierende, das heißt anhaltende Entzugserscheinungen, die sich Jahre hinziehen können und den davon Betroffenen und ihren Familienangehörigen das Leben zur Hölle machen. Noch bestreiten Hersteller und in ihrem Interesse agierende Psychiater die Existenz solcher Probleme. Die Betroffenen werden im Stich gelassen. Anhaltende Entzugserscheinungen treten besonders bei Antidepressiva auf. Brain-Fog (Gehirn-Nebel) zählt zu diesen Symptomen. Hierbei handelt es sich um ein Phänomen, das einem jegliche Konzentration raubt und den Blick aufs Wesentliche »vernebelt«. Man kann nicht mehr klar denken und wird vergesslich. Die Einleitung zum Buch beginnt deshalb mit diesem Bericht über anhaltende Entzugsprobleme, die sich nach dem Absetzen des Antidepressivums Escitalopram (im Handel als Cipralex, Escitax und Pramulex) zeigen:

> »Ich bin völlig verzweifelt und suche bereits seit zehn Monaten nach einem Ausweg, um der Entzugshölle zu entkommen oder die Symptome wenigstens lindern zu können.

Ich habe von 2004 bis zum Januar 2022 Escitalopram in wechselnden Dosierungen verschrieben bekommen und das Präparat innerhalb von fünf Wochen schrittweise reduziert und dann vollständig abgesetzt. Seitdem erlebe ich unerträgliche Zustände, welche ich zuvor nie in diesem Ausmaß jemals hatte. Die starken Nebenwirkungen der Escitalopram-Einnahme zwangen mich zum Absetzen, was ich zuvor schon einmal versucht hatte, jedoch dann die Tabletten erneut wieder einnahm, da ich es nicht aushielt. Spätestens da hätten bei mir und meinem Arzt die Alarmglocken schrillen müssen, aber ich habe jahrelang einfach nur teilnahmslos geschluckt und geschluckt!

Anfangs hatte ich nach dem Absetzen starke grippeähnliche Symptome, starke monatelange Übelkeit, stromschlagähnliche Empfindungen im Kopf und an anderen Körperteilen, Bewegungsstörungen, Sehstörungen, Muskelkrämpfe. Das alles hat inzwischen nachgelassen, nach nunmehr zehn Monaten Absetzzeitraum. Doch zeitverzögert hat sich eine permanente körperliche Schwäche entwickelt, vor allem in den Armen spürbar, dazu kamen unerträgliche Angstzustände, chronische Appetitlosigkeit, starker Schwindel, Verwirrtheit, Brain-Fog, ein Gefühl der totalen Empfindungslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Freudlosigkeit, es gibt keinerlei spontane Emotionen mehr, ich kann mich für nichts mehr entscheiden, auch für die simpelsten Dinge nicht, ich überlege ewig hin und her, dazu starken Tinnitus, schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, ich lebe nur noch in der Vergangenheit, habe eine starke Sehnsucht nach früheren Zeiten.

Ich erlebe schon beim Aufwachen morgens immer dieses schreckliche unbeschreibliche Gefühl, das meinen Alltag so massiv einschränkt, ich bin schon das ganze Jahr überwiegend krankgeschrieben und habe auch große Angst um meine Existenz, große Zukunftsangst.

Ich weiß nicht, wie lange ich diesen Zustand noch aushalten kann, ich versuche ja seit Monaten eine Linderung zu erreichen, indem ich verschiedene Nahrungsergänzungsmittel und Phytopharmaka, also nur pflanzliche Mittel einnehme, und habe dadurch schon viel Geld ausgegeben, vergeblich. Meine Krankenkasse übernimmt ja leider keine Kosten für orthomolekulare und ganzheitliche Medizin, nur diese teuren Antidepressiva, die wurden jahrelang bezahlt!« (zitiert nach: Lehmann & Newnes 2023b, S. 16f.)

Angesichts des fehlenden Forschungsinteresses der pharmazeutischen Industrie sollte es Sache des Staates sein, umgehend in zeitlichem Abstand mehrfach durchzuführende Studien – sogenannte Längsschnittstudien – zu initiieren und zu finanzieren. Damit könnte man die zu unterschiedlichen Zeiten erhobenen Daten miteinander vergleichen und Veränderungsprozesse im Nervensystem erkennen. Würde man deren Wechselbeziehungen mit anhaltenden Entzugssymptomen erforschen, könnten Methoden zur Linderung dieser qualvollen Störungen leichter entwickelt werden.

Prädiktoren

Immer wieder wird bei Antidepressiva die Beschwerdefreiheit (Bundesärztekammer u.a. 2022, S. 231) und bei Neuroleptika eine ausreichende Stabilität (DGPPN 2019, S. 65) als Prädiktor, das heißt Vorhersagefaktor genannt, der auf ein erfolgreiches Absetzen schließen lässt. Übersehen wird dabei jedoch, dass gerade die oft persönlichkeitsverändernde und apathisierende Wirkung von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika,

diese Stabilität verhindert. Damit wird auch jeglicher Anstoß aufseiten der verordnenden Instanzen blockiert, an das Reduzieren und Absetzen zu denken.

Frühwarnzeichen sich bildender chronischer und eventuell tödlich verlaufender psychopharmakabedingter Gesundheitsschäden sind durchaus bekannt (Lehmann 2017, S. 92-125). In Herstellerinformationen zu den einzelnen Psychopharmaka werden ärztlich Tätigen alle möglichen Krankheitssymptome genannt, bei deren Auftreten sie die verordneten Substanzen absetzen müssen: Depression oder Suizidalität (falls neu); das Serotoninsyndrom (Symptomenkomplex aus psychischen und zentralnervösen Störungen, vegetativen Entgleisungen und Muskelstörungen); das Maligne neuroleptische Syndrom (Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung); dauerhaft erhöhte Leberwerte und andere Anzeichen von Leberfunktionsstörungen; Zeichen einer tardiven Dyskinesie (im Lauf der Behandlung, beim Absetzen oder danach auftretende chronische Muskelstörungen); Herzrhythmusstörungen; erhöhter Augeninnendruck usw. (ebd., S. 29-85). Berichte über Erfahrungen beim Absetzen aus diesen Gründen sucht man in der Fachliteratur allerdings vergebens. Dies gibt durchaus zu Bedenken Anlass; möglicherweise nehmen Ärztinnen und Ärzte solche Frühwarnzeichen nicht besonders ernst.

In »Psychopharmaka reduzieren und absetzen« liefern Björn Schlier von der Universität Hamburg und seine Co-Autorinnen und sein Co-Autor eine Übersicht über wirkliche Prädiktoren für einen signifikanten positiven oder negativen Absetzerfolg. Sie heben hervor, dass man dessen Ergebnis mit geeigneter Selbstfürsorge und passendem Absetzvorgehen maßgeblich beeinflussen kann.

Abhängigkeitsprobleme und Absetztechniken

Spezielle Absetztechniken sind nötig, wenn Psychopharmaka längerfristig, also länger als ein paar Wochen oder Monate, verabreicht wurden und mit Absetz- und Entzugsproblemen zu rechnen ist. Wie allgemein bekannt ist, finden viele Betroffene kein Verständnis bei ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten (und keine oder wenig Unterstützung im sozialen Umfeld). Sie müssen allein zurechtkommen, was besondere Fertigkeiten und Kenntnisse erfordert und deshalb häufig misslingt. Diese Fehlschläge werden dann auch noch als Bestätigung einer (behaupteten) notwendigen Dauereinnahme von Psychopharmaka herangezogen.

Die Umstellung auf leicht verringer- oder verdünnbare Tropfen liefert ärztlich Tätigen und Betroffenen eine Möglichkeit, Entzugsprobleme zu minimieren, insbesondere wenn es darum geht, gegen Ende des Absetzprozesses zu immer kleineren Dosierungen zu kommen. Möglich sind auch ärztliche Rezepturen, mit deren Verordnung Apotheken angewiesen werden, Kapseln oder Tabletten in nahezu jeder Dosierung eines Psychopharmakons herzustellen. Manche Ärzte kennen solche für den Einzelfall zugeschnittene Rezepturen nicht, ebenso wenig Ausschleichstreifen, die eine weitere Möglichkeit zum kleinschrittigen Absetzen liefern und über die Peter Groot und Jan van Os in ihrem Artikel berichten. Betroffene, die selbstständig vorgehen wollen, brauchen für diese Vorgehensweisen allerdings ärztliche Verordnungen. Wie diese aussehen können, beschreiben Jann Schlimme und Michael Schwartz in ihrem Artikel »Individualität beachten – Die Reduktion von Psychopharmaka erfordert individuelle Verordnungen«.

Juristische Schritte

Der Psychiater Asmus Finzen (2015) bezeichnet die Verweigerung der Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen als Kunstfehler. Allerdings gibt es keinerlei berufs-, zivil- oder strafrechtliche Konsequenzen für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Hilfe verweigern. Zu bestimmten Leistungen können sie nicht gezwungen werden. Und bestraft werden können sie nur, wenn die Kausalität ihres Handelns für einen Schaden nachweisbar ist. Ein sogenannter Kunstfehler allein reicht aber erfahrungsgemäß nicht. Nötig sind deshalb auch Nachweise, dass ein Behandler gegen die »Regeln der ärztlichen Kunst« (Leitlinien und Behandlungsstandards) verstoßen hat. Dabei besteht die besondere Problematik darin, dass die bestehenden Leitlinien der Bundesärztekammer und der DGPPN völlig ungenügend sind. Behandlungsstandards gibt es nicht, neutrale und kompetente Gutachter sind extrem schwer zu finden.

Modellprojekte und Beratungsstellen

Mit dem vom Psychiater Martin Zinkler initiierten Modellvorhaben in Heidenheim gemäß § 64b SGB V und der Absetzunterstützung in der Bremer Ameos Klinik gibt es zwei Leuchtturmprojekte. Beide Herangehensweisen sind stark von der Haltung der dafür verantwortlichen Leitungsperson abhängig. Ohne solche Personen, die die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention ernst nehmen, entstehen offenbar keine neuen strukturierten klinischen Vorgehensweisen und keine speziellen Unterstützungsprogramme.

Nahezu unbekannt in Deutschland ist, dass die »Arbeitsgruppe Willkürliche Unterbringung« des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen im Jahr 2015 Unterstützungsprogramme für Menschen forderte, die ärztlich verschriebene Psychopharmaka absetzen wollen:

> »Solche Unterstützungsprogramme sollten sich nicht auf die Bereitstellung psychosozialer Dienste oder Behandlungen konzentrieren, sondern kostenlose oder erschwingliche gemeindenahe Dienste einschließen, ebenso Alternativen, die frei von medizinischen Diagnosen und Eingriffen sind. Der Zugang zu Medikamenten *und die Unterstützung beim Absetzen* von Medikamenten sollte denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sich dafür entscheiden.« (Working Group on Arbitrary Detention, S. 25 – Hervorhebung P.L.)

Im gleichen Jahr wurde diese Forderung im selben Wortlaut in die Richtlinie 14 (»Freiheit und Sicherheit der Person«) der UN-Behindertenrechtskonvention aufgenommen (CRPD 2015). Psychiatriepolitisch Aktive hierzulande interessiert dies bisher nur wenig. Aus diesem Grund habe ich Anfang September 2023 einen Antrag an die Mitgliederversammlung der NetzG e.V. – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit gestellt, sie möge am 26. September 2023 unter anderem beschließen:

> »Der Vorstand der NetzG wird aufgefordert, sich bei der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) dafür einzusetzen, dass bei der nächsten APK-Tagung das Schwerpunktthema auf ›Kompetente Hilfen beim Absetzen ärztlich verschriebener Psychopharmaka‹, insbesondere Neuroleptika und Antidepressiva, gelegt wird und dass der Vorstand der NetzG ein wirksames Mitspracherecht einfordert bei der Auswahl der Referierenden sowohl an den Fachtagen als auch am Selbsthilfetag.
>
> Gleichzeitig wird der Vorstand der NetzG aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass die Arbeitsgruppe ›Psychiatrie und Menschenrechte‹ der Aktion Psychisch Kranke e.V. die Untätigkeit der Bundesregierung und der psychiatrischen Fachverbände, Hilfeprogramme – gemäß der Forderung der Arbeitsgruppe ›Willkürliche Unterbringung‹ des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen und gemäß der Richtlinie 14 (›Freiheit und Sicherheit der Person‹) der UN-Behindertenrechtskonvention – für diejenigen Menschen zu entwickeln, die sich für das Reduzieren und Absetzen ärztlich verschriebener Psychopharmaka entschieden haben, als Menschenrechtsverletzung und fortgesetzte informelle psychiatrische Gewalt verurteilt.« (Lehmann, 2023)

Selbstverständlich können auch regional und lokal aktive Psychiatriebetroffene (auch in Bayern) initiativ werden und an die entsprechenden Gremien wenden. Dringend nötig wären auch nationale und lokale Beratungsstellen, die mit kompetenten Teams ausgestattet sind. An diesen herrscht jedoch ein absoluter Mangel, wie auch an Selbsthilfegruppen oder multiprofessionellen Organisationen unter wirksamer Beteiligung von Erfahrungsexpertinnen und -experten. Ein Blick ins Ausland zeigt, wie eine ganzheitlich orientierte Gruppe erfolgreich Absetzprozesse unterstützen kann. Céline Cyr beschreibt in ihrem Artikel »Absetzen von Psychopharmaka mit Peer-Unterstützung« die kanadische Gestion autonome des médicaments de l'âme (Selbstverwaltung von Medikamenten für die Psyche). Ein anderes internationales Leuchtturmprojekt ist das von ehrenamtlich tätigen Professionellen und Betroffenen getragene Observatorium für Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit in Thessaloniki. Anna Emmanouelidou, Referentin bei den jährlichen Expertentagungen der Psychexit-AG, berichtet darüber im Buch.

Öffentlichkeitsarbeit

In der (Fach-)Öffentlichkeit ist das Ausmaß der Abhängigkeitsproblematik, was Antidepressiva betrifft, noch kaum angekommen. Bei Neuroleptika – von wenigen Ausnahmen wie dem kanadischen Pharmakologen Guy Chouinard und dem Partane Projekt der Medizinischen Hochschule Brandenburg abgesehen – noch gar nicht. Hinter dem Begriff »Partane« verbirgt sich das »Partizipative Co-Design einer systematischen Übersichtsarbeit zur Reduktion und zum Absetzen (tapering) von Neuroleptika bei Menschen mit Schizophrenie-assoziierten Störungen« – eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Studie, die von Professionellen um den Psychiater Sebastian von Peter sowie aktiven und unabhängigen Psychiatriebetroffenen entworfen, durchgeführt und ausgewertet wird (BMBF 2023).

Wie bereits gesagt, existiert der Mythos der Rückfallverhütung durch psychopharmakologische Dauerverabreichung noch immer. Die Gefahr der dadurch bewirkten Verstärkung der psychischen Probleme bis hin zu deren Chronifizierung war bisher jedoch kein Thema. Jetzt, wo die im Laufe der Zeit eintretende Toleranzbildung, Behandlungsresistenz und körperliche Abhängigkeit sowie die behandlungsbedingt verkürzte Lebenserwartung von Menschen mit ernsten psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung

immer deutlicher werden, trauen sich einige couragierte psychiatrisch Tätige, die Schäden ebenfalls beim Namen zu nennen. Beispielsweise 2014 beim DGSP-Symposium »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie« (Finzen & Lehmann, 2014) oder 2022 dem Buch »Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie?« von Gerhard Gründer, dem Leiter der Arbeitsgruppe Psychopharmakologie der DGPPN, wurde dies deutlich.

Der Expertenmonolog ist brüchig und widersprüchlicher geworden. Dies offenbaren die Beiträge namhafter (und zum Teil noch wenig bekannter) psychiatrisch Tätiger in »Psychopharmaka reduzieren und absetzen«:

- »Absetzgründe – Warum es das Recht auf Reduktion und Absetzen von Psychopharmaka geben muss« von Stefan Weinmann,
- »Institutionelle Unterstützung in Krisen während des Absetzens von Psychopharmaka« von Martin Zinkler,
- »Psychopharmaka-Reduktion in der psychiatrischen Klinik von Uwe Gonther,
- »Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka in einer psychiatrischen Institutsambulanz« von Nora von Gaertner und Kata Terstyánszky sowie
- »Umgang mit Rebound-Effekten beim Absetzen von Psychopharmaka« von Stefan Vetter.

Die vorgestellte Praxiskonzepte vermitteln das notwendige Wissen, um Psychopharmaka individuell angepasst absetzen zu können.

Weitere Schritte

Wichtig wären Statistiken von Fallzahlen, um den psychiatriepolitischen Handlungsbedarf zu ermitteln. Aber wo sind die Gesundheitsökonomen, die den volkswirtschaftlichen Milliardenschaden errechnen und publik machen, entstanden durch Fehlinformationen über Abhängigkeits- und Entzugsprobleme, durch inkompetente oder unterlassene Hilfe beim Absetzen und durch körperliche

Abhängigkeit samt Folgeschäden, durch unterlassene Absetzversuche? Wer berechnet den materiellen und immateriellen Schaden, der mit einer reduzierten Lebenserwartung einhergeht? Was ist mit der massiven Einbuße der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien? Wie hoch sind die Kosten der Langzeitverabreichung selbst, der Behandlung psychopharmakabedingter Schäden, der Betreuung der Geschädigten in Behindertenwerkstätten und betreutem Wohnen, der Unterbringung in Altenheimen, der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, der Frühberentung – sprich: der ausbleibenden Genesung?

Wo all diese Gelder dringend benötigt werden, braucht man den Tätigen im Gesundheits- und Pflegebereich nicht zu erklären, mal ganz abgesehen vom Selbsthilfebereich, der im Allgemeinen – wenn überhaupt – mit Almosen abgespeist wird.

Und wenn der Arzt nicht unterstützen will?

Ein humanistisch orientiertes Hilfesystem zu entwickeln, in dem die Verschreibung von Psychopharmaka eine Ausnahme darstellt, ist in einem gewinnorientierten Wirtschafts- und Gesundheitssystem eine Wunschvorstellung. Sofern die Betroffenen keine professionelle Unterstützung bekommen, bleibt ihnen oftmals nur der Weg in die Selbsthilfe. Sie handeln auf eigene Faust oder suchen Hilfe bei der (von Mainstreampsychiatern abwertend bezeichneten) »Laien-Absetzgemeinschaft« und deren Onlineforen. Stella Schnee, Gründerin des Onlineforums www.psyab.net, beschreibt diese in ihrem Beitrag »Online-Plattformen als Hilfe zur Selbsthilfe beim Entzug von Psychopharmaka«.

Mit »Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige« hoffe ich, dass es zu den ersten Schritten in Richtung der überfälligen Zeitenwende im psychosozialen Bereich kommen wird. Zumindest aber dass diejenigen, die sich ans Absetzen von Psychopharmaka machen, in diesem Buch die Informationen finden, die sie so dringend benötigen.

Psychiatrie- und Antipsychiatrieverlag gemeinsam?

Dass dieses Buch gemeinsam vom Psychiatrie- und Antipsychiatrieverlag verlegt wird, hat damit zu tun, dass sich beide Verlage im Prinzip an dieselbe Kund- und Leserschaft wenden. Bei dem Einsatz von Psychopharmaka gab es lange Zeit verhärtete Positionen zwischen Psychiatrie und Antipsychiatrie, zwischen Fachkräften, Angehörigen und Betroffenen: Die einen betrachteten Psychopharmaka als notwendige Präventionsmaßnahme, die anderen fürchteten Persönlichkeitsveränderungen und körperliche Schäden. Diese Konfrontation haben die beiden Verlage an dieser Stelle außen vor gelassen, sie orientieren sich am Recht der Betroffenen auf Gesundheit und Selbstbestimmung. Mit dieser Kooperation sollen alle

angesprochen werden, auch Leute, die Psychopharmaka weniger kritisch gegenüberstehen und trotzdem doch immer wieder mit der Absetzproblematik konfrontiert sind.

Aus Rückmeldungen von Leserinnen und Lesern meines im Antipsychiatrieverlag erschienenen Buches »Psychopharmaka absetzen« weiß ich, dass es Betroffene mit den dort gelieferten Informationen geschafft haben, auf eigene Faust von den Psychopharmaka wegzukommen. In der Regel war das besonders am Ende des Absetzprozesses zu hastige Vorgehen der Grund für das fehlgeschlagene Absetzen. Viele Betroffene haben jedoch weder gute Informationen noch Hilfestellungen. Wenn diese jetzt dank »Psychopharmaka reduzieren und absetzen« kompetente Fachkräfte finden und von ihren Angehörigen unterstützt werden, wäre das nicht ein toller Synergieeffekt?

Fußnote

[1] Lehmann, Peter / Newnes, Craig (Hg.) (2023): »Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige«, Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag / Köln: Psychiatrieverlag – www.antipsychiatrieverlag.de/lehmann-newnes

Literatur

Aus Platzgründen stehen die Quellenangaben im Internet unter:
www.peter-lehmann.de/docu/baylpe.htm.

Über den Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, arbeitet als Autor, Verleger und Fortbildner in Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). Mehr unter www.peter-lehmann.de

BayPE e.V. Rundbrief III / 2023

Von und für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung

BayPe e.V.