

Peter Lehmann (Hg.)

Psychopharmaka absetzen

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

Vorworte von Pirkko Lahti und Loren R. Mosher

4., aktualisierte E-Book-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 Jespersen, 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

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2020

Schlussworte

Und nun, wie weiter vorgehen? Ein Resümee (Peter Lehmann)

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.

Schritt für Schritt

»Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.« (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 Reboundssymptomen zu warnen. Dies ist wenig überraschend, denn man lehrt sie in ihrer Ausbildung, in »Fachinformationen«, in Werbebroschüren 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; Gupta u.a., 2019). 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 Psychopharmakaeinnahme 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 Psychopharmaka eingenommen wurden und in welchen Mengen, denn die meisten dieser Substanzen sammeln sich im Körpergewebe in Form von Reservoirs an. Nimmt man die Psychopharmaka nicht mehr ein oder verringert man die 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 verschieden schnell aufgespalten, neutralisiert und eliminiert. Dieser Faktor, genannt ›Halbwertszeit‹, ist sehr wichtig. 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 Dosisverringering. Dies ist besonders wichtig, wenn das Psychopharmakon länger als ein oder zwei Monate verabreicht wurde. Wer geringe Dosen nur für kurze Zeit genommen hat (das heißt ein paar Tage oder Wochen), wird 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, 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 Entzugserscheinungen 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 etc., 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 Dosisverringering so etwas wie Entzugserscheinungen, 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.« (Network, 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 Absetzsritten 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 Pharmaindustrie, Tabletten oder Kapseln in Produkteinheiten anzubieten, die ein kleinschrittiges Absetzen ermöglichen. Treten dann beim Absetzen Entzugsprobleme auf und finden sie 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, Apothekerkommissionen und Ärztevereinigungen dieser verantwortungslosen Grundhaltung weiterhin tatenlos zuschauen, liefert die Umstellung in leicht verringer- oder verdünnbare Tropfen für die Betroffenen und ihre Unterstützer eine Möglichkeit, diesem Problem aus dem Weg zu gehen. 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 Einnahmerhythmik 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 Betroffenen 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 betroffenengeleitete Forschungszentrum der Universität Maastricht, welches das Verfahren 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 Stabilisierungstreifen enthalten den Wirkstoff für einen Zeitraum von je 28 Tagen. Einschließlich Versand kostet der Ausschleichstreifen durchschnittlich € 77,-, der Stabilisierungstreifen (mit gleichbleibender Dosis) € 38,50 (Mai 2019). Informationen und ärztlicherseits zu unterschreibende Bestellformulare stehen im Internet zur Verfügung (ebd.).

Pillenschneider / Feinwaage. Wem diese Unterstützung vorenthalten wird 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 rühren das Pulver in Pudding ein und nehmen diesen dann portionsweise zu sich. So wird der Wirkstoff einigermaßen gleichmäßig aufgeteilt.

Wasserlösemethode. In Betroffenenengruppen ist auch die Wasserlösemethode bekannt. Damit kann man unretardierte Psychopharmaka, das heißt Substanzen, die ohne Verzögerung verstoffwechselt werden (wie z. B. Citalopram oder Mirtazapin¹), 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 Millilitern 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 genannten Schweizer Handelsnamen verbergen, findet man im Internet auf <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 Cymbalta² einnehmen können, wenn die Kügelchen 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 Kügelchen 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 Kügelchen, 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 könne gegenüber Tabletten um bis zu 25 % höher sein. Dosierungen in Milligramm würden nicht Dosierungen in Millilitern entsprechen (KNMP u.a., 2018, S. 6f.).

Erhöhte Vorsicht ist beim Übergang von der letzten Minidosis auf Null 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 immer 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 Supersensivitätssymptome auftreten.

Weitere Ratschläge

- **Sich informieren** über Risiken und unerwünschte Wirkungen psychiatrischer Psychopharmaka ebenso wie über alternative Wege der Bewältigung psychischer Krisen. Entzugerscheinungen 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.« (Network, 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 Angesicht, 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