



## Dokumentation

### **Vierte Expertenrunde: Psychexit - Auf dem Weg zum Kompass**

### **„Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“**

6. September 2019 | 10.00 - 17.00 Uhr  
in den Räumen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands  
– Landesverband Berlin e.V.



© Reinhard Wojke



## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Programm</b>	3
<b>Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Pharmazeutische Aspekte beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva – Dr. rer. nat. Ernst Pallenbach</b>	4
<b>Ressourcen-Orientierung beim begleiteten Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka. Eine Peer-Perspektive – Sabine Haller</b>	6
<b>Absetzen von Antipsychotika in der Klinik: Stationsmilieu, Herausforderungen und erste Erfahrungen – Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Konrad</b>	12
<b>Weitere Aktivitäten zum Thema „Reduzieren und Absetzen“ über die Expertenrunde PSYCHEXIT hinaus</b>	15
<b>Publikationen seit Psychexit 3 mit Erwähnung von Psychexit</b>	16
<b>Psychopharmaka absetzen – Hilfen und Erfahrungsaustausch per Internet – Iris Heffmann (Pseudonym)</b>	17
<b>Eine wundersame Geschichte vom unterstützten Absetzen von Psychopharmaka – Mareike Müller (Pseudonym)</b>	21
<b>Was, wenn kleinschrittiges Reduzieren technisch schwierig ist? – Peter Lehmann</b>	24
<b>Elektroschocks als Antwort auf fehlgeschlagene Absetzversuche, Behandlungsresistenz und Einnahmeverweigerung – Peter Lehmann</b>	26
<b>Behandlungsergebnis Verzweiflung und Lebensgefahr. Brief einer Mutter</b>	30
<b>Beteiligte an der Planung der Expertenrunde</b>	32

## Impressum

Herausgegeben von der Arbeitsgruppe Psychexit unter der Trägerschaft der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.  
1. Auflage 2019

BOP&P e.V. | Belziger Str. 1 | 10823 Berlin. [psychexit@web.de](mailto:psychexit@web.de)

Unser besonderer Dank gebührt dem Paritätischen Wohlfahrtsverband – Landesverband Berlin e.V., insbesondere Herrn Uwe Brohl-Zubert, für die finanzielle Unterstützung und dem Team vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, LV Berlin für die Räumlichkeiten und das Catering.



## Programm

9.30 Uhr	Empfang
10.00 Uhr	Begrüßung und Eröffnung
10.30-12.30 Uhr	Impulsreferat 1 und Diskussion   Dr. rer. nat. Ernst Pallenbach: „Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Pharmazeutische Aspekte beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva“
12.30-13.30 Uhr	Mittagspause
13.30-15.00 Uhr	Impulsreferat 2 und Diskussion   Sabine Haller: „Ressourcen-Orientierung beim begleiteten Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka. Eine Peer-Perspektive“
15.00-15.15 Uhr	Kaffeepause
15.15-16.45 Uhr	Impulsreferat 3 und Diskussion   Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Konrad: „Absetzen von Antipsychotika in der Klinik: Stationsmilieu, Herausforderungen und erste Erfahrungen“
16.45-17.00 Uhr	Resümee und Ende

Die Konfliktfelder und möglichen Lösungsstrategien sind vielfältig und komplex – deshalb freuen wir uns auf die intensive und konstruktive Diskussion mit erfahrenen Fachleuten aus allen Richtungen. Hierfür haben wir nach den Impulsreferaten insbesondere das Diskussionsformat des Open Space vorgesehen, um in ungezwungener Atmosphäre „ressortübergreifend“ und lösungsorientiert weiter die drei Schwerpunkte zu kommunizieren.

Teilnehmer\*innen:

- o **Mediziner:** Andreas Konrad
- o **Diensteanbieter, Pfleger, Psychotherapeuten & Sozialarbeiter:** Uwe Brohl-Zubert, Burkhard Brückner, Anna Emmanouelidou, Hilde Schädle-Deininger, Gaby Sohl
- o **Pharmazeuten:** Ernst Pallenbach
- o **Experten aus Erfahrung:** Andreas Bartels, Ludger Bruckmann, Martina Gauder, Delphine Glombik, Sabine Haller, Iris Heffmann, Felix Henneberg, Thomas Künneke, Peter Lehmann, Andreas Liebke, Peter Mast, Sabine Maier, Vicky Pullen, Petra Thaler, Reinhard Wojke
- o **Angehörige:** Gudrun Weißenborn



## Interdisziplinäre Zusammenarbeit und pharmazeutische Aspekte beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva

Dr. rer. nat. Ernst Pallenbach

Antidepressiva gehören zu den am umfassendsten eingesetzten Mitteln der Medizin, schreibt die Zeit. Citalopram (im deutschen Sprachraum im Handel als Cipramil, Citalon, Citalopram, Citalostad, Claropram, Pram, Seropram) war im Jahr 2016 mit 290 Millionen Tagestherapiedosen (DDD) das am häufigsten verordnete Psychopharmakon in Deutschland. Doch häufig resultiert aus einer Erstverordnung eine Dauerverordnung mit Entzugssymptomen beim Absetzen (siehe mein Buch »Die stille Sucht. Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln«, 2009). Der Schweregrad der Symptome verringert sich, wenn das Medikament nicht abrupt abgesetzt, sondern ausgeschlichen wird. Zum Ende der Behandlung wird die Dosis daher über mehrere Monate allmählich verringert. Zur Reduktion von Absetzsymptomen sollte schrittweise vorgegangen werden, beispielsweise in Reduktionsschritten von 10%, berechnet entweder anhand der Ausgangsdosis oder anhand der jeweils aktuell verbliebenen Restdosis:

- Dosis nach Wartezeit von 3 bis 6 Wochen jeweils um 10% reduzieren!
- Bei Absetzsymptomen (Schlafstörungen, Unruhe ...) pausieren oder diese evtl. mit naturheilkundlichen Mitteln ausgleichen!
- Je länger das Psychopharmakon eingenommen wurde, desto langsamer reduzieren!
- Die letzten Schritte besonders langsam reduzieren! Ob die Einnahme in einem verlängerten Einnahmeintervall (extended dosing) sinnvoll ist, wird unterschiedlich bewertet. Manche Pharmakologen warnen vor dieser zusätzlichen Belastung des Stoffwechsels, und bei manchen Psychopharmaka sollte diese Methode auf keinen Fall angewendet werden.

Wie wichtig beim Absetzen von Psychopharmaka eine enge Kooperation von Ärzten und Apothekern wäre, zeigt das erfolgreiche BMG-Modellprojekt zum Absetzen von Benzodiazepinen. Dabei werden neben

fachlichen Aspekten auch relevante kommunikative Punkte vorgestellt, die für eine effiziente Hilfe notwendig sind.

Benzodiazepine und verwandte Wirkstoffe (z.B. Diazepam, Oxazepam, Bromazepam, Lorazepam, Zopiclon, Zolpidem) sind wichtige Arzneimittel zur Behandlung von Schlafstörungen, Angst und Unruhe. Im Verlauf einer längerfristigen Anwendung führen sie jedoch zu Abhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen (Sturzgefahr, Mattigkeit, Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit, soziale Isolation, Verstärkung von Schlafapnoe, Wirkungsverlust und Wirkumkehr). Altersangemessene Hilfsangebote fehlen oder werden aufgrund des fehlenden Bewusstseins wenig genutzt. Dies trifft ganz besonders auf Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) zu.

Zahlreiche Bemühungen wie die Einführung von Leitlinien, Leitfäden der Bundesärztekammer oder Fortbildungen im (haus-)ärztlichen Bereich führten nicht zu einem spürbaren Rückgang der Verschreibungen. Bei einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekt der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) wurde der Erfolg einer niedrigschwelligen Intervention durch verstärkte Pharmazeutische Beratung und verbesserte Zusammenarbeit von Hausarzt und Apotheker belegt. Die Betroffenen profitierten von gesteigerter Lebensqualität und die Arzneimittel-Therapiesicherheit (AMTS) wurde verbessert. Komplikationen oder schwere Entzugssymptome traten in keinem der Fälle auf und die Resonanz der beteiligten niedergelassenen Ärzte war hervorragend. Der Bericht zum Modellprojekt lässt sich im Internet aufrufen <http://bit.do/abda2013>.

Besonders wichtig sind kleine Abdosierungsschritte, die jedoch mit den zugelassenen Fertigarzneimitteln, auch im Falle einer Teilbarkeit, nicht abgestuft genug



möglich sind wie erforderlich. Individuelle Rezepturen, die Ärzte für Apotheken ausstellen, können hier Abhilfe schaffen. Eine kleinschrittige Abdosierung kann gewährleistet werden durch:

- Verordnung flüssiger Arzneiformen
- Teilen von Tabletten
- Retardierte Minitabletten
- Individualisierung der Dosis: Apothekenrezeptur
- Individualisierung der Dosis: Tapering-Strips

Über die Möglichkeit von Zerkleinern bzw. Zermörsern von Tabletten informiert die Gelbe Liste. Dort gibt man den Präparatenamen ein und geht mit der Maus auf das Symbol, das die Mörserarbeit anzeigt (siehe nachfolgende Abbildung).



Auch auf der Website des Universitätsspitals Basel finden sich Informationen zur »Zermörserbarkeit und Verabreichungshinweise von Tabletten« (siehe <http://bit.do/moersern>).

Weitere Informationen zum kleinschrittigen Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka finden sich in den Büchern von Peter Lehmann (»Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 5., aktual. Aufl. 2019) und dem Team um Jann Schlimme (»Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen«, 2018).

Tapering-Strips (Ausschleichstreifen, Streifenverpackungen) sind in einer Rolle oder einem Streifen verpackte kleine Beutel mit Tagesrationen Ausschleich- und Stabilisierungsstreifen und enthalten den Wirkstoff für einen Zeitraum von je 28 Tagen. 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 Re-

duzierung präzise aufzuzeichnen und zu überwachen. Die ärztlicherseits zu unterschreibende Bestellformulare stehen im Internet zur Verfügung ([www.tapering-strip.de](http://www.tapering-strip.de)).

Informationen zu besonders für ältere Menschen riskanten Kombinationen von Medikamenten finden sich auf der Priscus-Liste. Die Liste nennt auch Therapiealternativen. Man findet sie im Internet unter <http://priscus.net>.

Anmerkung: Meine Powerpoint-Präsentation vom 6. September 2019 befindet sich im Internet unter <http://bit.do/pallenbach>



© Reinhard Wojke

**Dr. rer. nat. Ernst Pallenbach**, Fachapotheker für Klinische Pharmazie, Zertifikat Suchtpharmazie, Beauftragter für Suchtprävention und Vorsitzender des Arbeitskreises Sucht der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg, Autor von „Die stille Sucht. Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln“ (2009).



## Ressourcen-Orientierung beim begleiteten Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka. Eine Peer-Perspektive

Sabine Haller

Im ersten Teil meines Vortrags erzählte ich ausschnittsweise von meiner Lebensgeschichte. Bereits in sehr jungen Jahren hatte ich mehrere traumatische Erlebnisse – darunter auch den Tod des Vaters. Mit knapp 17 Jahren beging ich daraufhin einen Suizidversuch. Es folgte ein stationärer Aufenthalt von einigen Wochen. In dieser Zeit bekam ich keine Psychopharmaka sondern viele Gespräche. Durch Auszug aus dem Elternhaus und ein neues Umfeld stabilisierte ich mich jedoch. Ängste und Panikattacken kamen in Abständen immer wieder auf.

Mit Ende zwanzig gründete ich eine Familie. Mir ging es zu dieser Zeit immer wieder schlechter. Anfang dreißig plagten mich zunehmend Depressionen und diffuse Ängste vor dem Leben. Da ich immer öfter sogar vor Panik ohnmächtig wurde begab ich mich erst in ambulante psychiatrische Behandlung. Als keine Besserung eintrat ging ich auch in eine Klinik. Während dieser Zeit bekam ich MAO-Hemmer und Beruhigungsmittel oder Neuroleptika (Diazepam, Atosil) zum Schlafen. Leider wurde ich nicht richtig darüber aufgeklärt, dass bei dieser Medikation eine strenge Diät wichtig ist. Ich trank weiterhin Kaffee und aß viel Käse. In der Folge behielt ich kaum eine Mahlzeit bei mir. Ebenfalls hatte ich einen gesteigerten Bewegungsdrang. Innerhalb kürzester Zeit verlor ich erheblich an Gewicht. Dies gefiel mir, da ich mich als zu dick empfand. Durch die andauernde Übelkeit fiel es mir leicht auf Essen zu verzichten und ich magerte zu meiner Freude ab. Dies gipfelte in Zwangsernährung mit strenger Diät unter Aufsicht. Nach dem Absetzen der MAO-Hemmer konnte ich langsam wieder essen und kehrte zu einem normalen Körpergewicht zurück.

In den nächsten Jahren bekam ich unterschiedliche Psychopharmaka. Die meisten Medikamente zählten zu der Gruppe der Antidepressiva (Insidon, Sertralin, Citalopram) und parallel dazu längere Zeit Benzodiazepine (Bromazepam, Diazepam). Da diese Medika-



© Reinhard Wojke

mente nicht die gewünschten Wirkungen zeigten wurde regelmäßig die Dosis erhöht bzw. auch mal die Arznei umgestellt. Je länger ich diese konsumierte desto eingeschränkter war ich kognitiv. Die Suizidalität verstärkte sich ebenfalls. Die Hoffnung – auch aus meinem Angehörigenkreis – eine rein medizinisch-biologische Lösung für meine Probleme zu finden war in den ersten 10 Jahren noch vorhanden. Nach dem zweiten und dritten Suizidversuch gab es den Wunsch nach mehr oder stärkeren Medikamenten (zeitweise 60 mg Citalopram). All das war wie sich zeigte auch keine Lösung. Weitere Suizidversuche folgten.

Mit 50 erlitt ich einen Herzstillstand und hatte Glück, dass sofort Hilfe vor Ort war. Im Krankenhaus schob man diesen auf meinen teils ungesunden Lebenswandel mit viel Kaffee und Nikotin. Ich hatte Herzrhythmusstörungen und bekam einen Loop-Recorder implantiert um diese im Auge zu behalten. Ich begann recht zügig das Medikament auszuschleichen. Ich litt unter starken Entzugssymptomen. Nach 3 Monaten ohne



Citalopram waren meine Herzbeschwerden weg und das Auslesen des Loop-Recorders ohne Befund. Kaffee und Nikotin habe ich jedoch weiter zu mir genommen. Ich bin überzeugt, dass der Herzstillstand eine Spätfolge der Psychopharmakaeinnahmen war. Mein gesamter Stoffwechsel funktioniert nicht mehr gut. Dies bleibt als Spätfolge.

Im Lebensabschnitt ab ca. 50 Jahren begann ich meine persönlichen Ressourcen wieder zu nutzen. Nun war ich in der Lage meine tief verschütteten Traumata zu bearbeiten. Ich hatte viele therapeutische Gespräche. Mein neuer Psychiater unterstützte mich gut. Eine sehr herausfordernde und emotional an die Grenzen bringende Zeit. Ich probierte viele vergessene aber auch neue Dinge aus. Die aufkommenden Gefühle und Bilder verarbeitete ich kreativ. Dazu war mir fast jedes Material recht. Ich malte nächtelang, da ich durch den Entzug wenig schlafen konnte, begann mit Keramikaufbau und bearbeitete Speckstein. Zusätzlich machte ich Entspannungsmeditation und schrieb Geschichten auf. Ohne diese Beschäftigungsfelder hätte ich die anstrengende Zeit der Reflexion nicht durchgestanden. Die angelernte Opferrolle zu verlassen war harte Arbeit. In den folgenden Jahren begann ich mich für Projekte zu engagieren. Ich wurde Scout im Tierpark Berlin, leitete eine Kreativgruppe und in Vertretung ebenfalls die Töpfergruppe in einer KBS. Ich schloss die Ausbildung zur Sterbebegleiterin ab und arbeitete ein Jahr ehrenamtlich im ambulanten Hospizdienst. Parallel absolvierte ich die EX-IN-Ausbildung. In der Freizeit begann ich Theater zu spielen und nahm mit einer Gruppe Hörspiele für einen lokalen Radiosender auf. Ich las viel. Dabei begegnete mir der Text „Hör zu“, der mir aus der Seele sprach.

### **Genesung begleiten**

Als Genesungsbegleiterin bin ich bemüht Menschen deren Bezugsassistenten ich übernehme beim Recovery-Prozess zu unterstützen. Ein Teil meiner Tätigkeit ist dabei die Suche nach Ressourcen zu begleiten. Viele Menschen, die wie ich jahrelang hochdosiert Psychopharmaka konsumiert haben tun sich schwer Kontakt zum eigenen Ich herzustellen. Jeder Assistenznehmer hat Fähigkeiten, die evtl. nur verschüttet sind. Für den Reduktions- bzw. Absetzverlauf braucht es ein Gegengewicht durch Alternativen. Gemeinsam mit begleitenden Helfern gelingt dies oft besser.

### **1. Fallbeispiel**

Seit einigen Jahren begleite ich einen Mann, Mitte 40, der seit seinem 18. Lebensjahr immer wieder lange Zeit unterschiedliche Neuroleptika einnehmen musste. Der Leidensdruck durch die erheblichen unerwünschten Wirkungen war so groß, dass er mehrmals von einem zum anderen Tag die Medikamente absetzte. In der Anti-Psychiatrie-Bewegung fand er Unterstützung bei diesen Absetzversuchen. Ärzten vertraute er nicht mehr und ging nur im Notfall und sehr unwillig in die Sprechstunden. Leider erlitt er durch das plötzliche Absetzen öfter heftige Krisen und wurde mitunter unfreiwillig in die Klinik gebracht. Vor ca. 20 Monaten konnte ich mit ihm einen Termin bei Dr. Jann Schlimme machen. Dort fasste er Vertrauen und begann mit der langsamen Reduktion seines Neuroleptikums (damals 20 mg Abilify). Es wurde eine Kostenübernahme für die Behandlung mit CBD-Öl beantragt. Diese wurde erst einmal abgelehnt.

Durch ein nicht vorhersehbares Ereignis gab es während der Reduktion, als er auf 0.5 mg Abilify eingestellt war, eine kleine Krise. Leider endete diese wieder sofort in der Klinik. Obwohl er dort freiwillig hinging wurde er mit Fixierung und Zwangsmedikation behandelt. Schnell wurde ihm wieder die ursprüngliche Dosis von 20 mg Abilify eingeschlichen. Nach einiger Zeit kamen noch 10 mg Olanzapin dazu. Die Krise verstärkte sich unter der Gabe der hochdosierten Neuroleptika. Der Krankenhausaufenthalt dauerte etwa 10 Wochen. Nach der Entlassung wurde nach einigem Schriftverkehr durch seinen Arzt und seine Rechtsbetreuerin mit der Krankenkasse die Kostenübernahme für CBD-Öl erteilt. Innerhalb weniger Wochen konnten die bisherigen Neuroleptika ausgeschlichen und CBD-Öl eingeschlichen werden. Die optimale Dosierung des CBD-Öls musste in Zusammenarbeit mit seinem Arzt herausgefunden werden. Mittlerweile nimmt dieser Mann seit 9-10 Monaten nur noch das Öl in geringer Menge (1 ml = 50 mg) täglich ein und äußert den Wunsch auf 0,5 ml zu reduzieren. Die unerwünschten Wirkungen sind gering. Der übermäßige Speichelfluss und das starke Zittern in Armen und Beinen kaum noch vorhanden. Die Unruhe ist ebenfalls verschwunden. Unter den vorangegangenen Medikamenten hatte er oft Schwierigkeiten mit der Sprache (klang verwaschen). Auch dieses Problem gibt es nicht mehr. Zwar ist der Antrieb noch gemindert aber er ist



ausgeglichen und wirkt im Großen und Ganzen zufrieden. Während der gesamten Zeit brauchte er viele Gespräche. Diese konnte ich ihm auch anbieten – wenn auch teils nur telefonisch. Wir hatten kürzer aber auch öfter Kontakt. Seit einem halben Jahr reicht wieder ein Termin in der Woche.

## 2. Fallbeispiel

Eine Frau die ich begleite ist recht zierlich und ca. 55 Jahre alt. Sie nahm seit ihrem letzten Krankenhausaufenthalt täglich 600 mg Clozapin in 2 Dosen zu sich. Zusätzlich hatte sie täglich 200 mg Solian, 20 mg Citalopram und 25 mg Atosil Filmtabletten auf der Verordnung und Zolpidem als Bedarfsmedikation. Dies ging über 2 Jahre so. Als ich vor 8 Monaten in die Bezugsassistenz einstieg bemerkte ich schnell ihre starke kognitive Einschränkung. Sie klagte auch über Gedanken – teils durch Stimmen – aus dem Fenster zu springen und war stets sehr ängstlich. Die Wohnung verließ sie nur wenn es sein musste. Dazu kamen oft geschwollene Hände und Füße sowie ein aufgedunsenes Gesicht. Ich schrieb an die Hausärztin und den behandelnden Psychiater um auszuschließen, dass dies unerwünschte Wirkungen der bestehenden Medikamente sind und bat beide sich auszutauschen, um einen ausführlichen Blutspiegel und bat zusätzlich um ein EKG.

Nach diesen Untersuchungen reduzierte der Psychiater das Clozapin in einem Schritt um 200 mg. Der Spiegel war deutlich zu hoch. Wir vereinbarten dann bei einem zum Arzt begleiteten Termin gemeinsam mit ihr langsam auf 275 mg Clozapin herunter zu gehen. Während dieses Prozesses wurde sie immer wacher und fröhlicher. Da es schwierig war einen Zugang zu ihr zu bekommen fingen wir mit körpertherapeutischen Übungen an. Diese einfachen kurzen Trainingseinheiten absolvieren wir gemeinsam drei mal in der Woche. Mittlerweile können wir dabei auch Spaß haben und oft lachen. Da sie einen Migrationshintergrund hat fiel es ihr anfänglich sehr schwer sich zu ihren Beschwerden zu äußern obwohl sie schon viele Jahre in Deutschland lebt. Auch ihre Deutschkenntnisse konnte sie seit der Reduktion etwas verbessern. Ich frage oft nach um besser zu verstehen wo die Schwierigkeiten liegen. Dafür braucht es eben Zeit und Geduld. Ich hoffe in naher Zukunft für sie, dass auch bei den anderen Medikamenten reduziert werden kann wenn sie weiter-

hin stabil bleibt, denn dies würde ihre Lebensqualität steigern.

## 3. Fallbeispiel

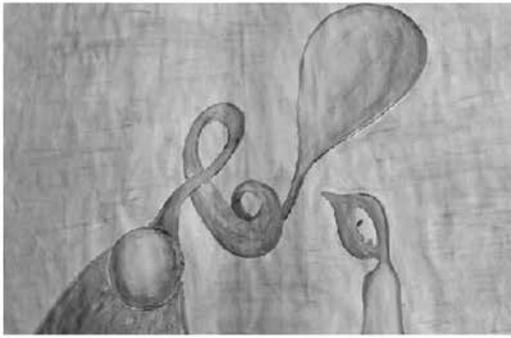
Ein weiterer Mann, den ich seit gut 3 Jahren begleite ist ca. 50 Jahre alt. Er nahm jahrelang unregelmäßig Antidepressiva. Nach vielen aufklärenden Gesprächen hat er diese ausgeschlichen. Als Gegengewicht kam dabei Musik zum Einsatz. Er hat schon in jungen Jahren in einer Band gespielt, komponiert und getextet. Lange fand er für sich kein passendes Projekt. Mittlerweile ist er wieder aktiv. Er spielt mit einer Band in Abständen bei kleinen Konzerten und hat Anschluss gefunden. Noch vor 2 Jahren hat er sich sehr in seine Wohnung zurückgezogen und kaum noch Freundschaften gepflegt. In der tiefen Depression ließ er seinen Körperzustand und seine Wohnung verwahrlosen. Jetzt betreibt er wieder mehr Körperpflege und hat begonnen seine Wohnung aufzuräumen und zu reinigen. Noch gibt ihm eine Bedarfsmedikation Sicherheit – er hat sie aber schon über 18 Monate nicht eingenommen. Seit Jahren akzeptiert er nun auch zum ersten Mal psychotherapeutische Gespräche. Seit einem Jahr geht er verlässlich wöchentlich zur Psychotherapie.

Mittlerweile bin ich 29,5 Stunden in der Woche als Genesungsbegleiterin im betreuten Wohnen bei VIA Perspektiven gGmbH berufstätig. Des weiteren bekleide ich einige Ehrenämter: Kellerkinder e.V. in den Vorstand kooptiert, exPEERienced e.V. Vorstandsmitglied, 2.Vorsitzende der BG 3 der Berliner Besuchscommission, Fachausschuss Psychopharmaka, Koordination der Veranstaltungsreihe „Psychopharmaka? Kritischer Dialog“ in Berlin, Runder Tisch 1906.

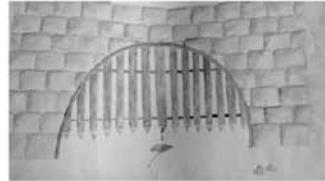
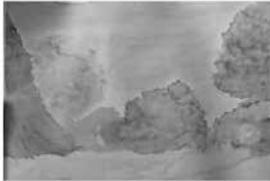
Diese Aktivitäten sind für mein Lebensgefühl wichtig. Ich habe einen Sinn darin gefunden und hoffe noch mehr für andere Menschen in der psychiatrischen Landschaft bewegen zu können. Wichtig ist es dabei jedoch auch achtsam mit meinen Ressourcen umzugehen.

## **Berliner Kooperationsnetzwerk Kritischer Umgang mit Psychopharmaka und die Veranstaltungsreihe „Psychopharmaka? Kritischer Dialog“**

Im Mai 2017 kam Dr. Jann E. Schlimme auf mich zu und fragte mich ob Interesse bestünde an einer Mitarbeit an



Sabine Haller –  
Expertin aus Erfahrung



© Sabine Haller

## Sabine Haller - Expertin aus Erfahrung



© Sabine Haller

### Hör zu

Wenn ich dich bitte, mir zuzuhören, **und du fängst an mir Ratschläge zu erteilen**, dann tust du nicht, worum ich dich gebeten habe.

Wenn ich dich bitte, mir zuzuhören, **und du meinst, du müsstest etwas tun, um mein Problem zu lösen**, dann machst du mich klein und schwach so seltsam das klingen mag.

Hör zu! Ich wollte nichts weiter, als das du zuhörst, **du solltest nicht reden oder etwas tun – hör mir einfach nur zu**.

Guter Rat ist nicht teuer; Für einen Euro bekommst du ihn von Frau Irene und Dr. Markus in der selben Zeitschrift.

Und ich kann für mich selbst eintreten. **Ich bin nicht hilflos, vielleicht mutlos und unsicher, aber nicht hilflos**.

Wenn du etwas für mich tust, **was ich selbst tun kann und muss**, dann trägst du zu meiner Ängstlichkeit und meinen Minderwertigkeitsgefühlen bei.

Aber wenn du einfach die Tatsache akzeptierst, dass ich nun einmal fühle, was ich fühle, **dann kann ich damit aufhören dich von der Richtigkeit meiner Gefühle überzeugen zu wollen**, und mich daran machen herauszufinden, was sich hinter meinen Gefühlen verbirgt.

Und wenn mir das klar ist, dann liegt die Antwort auf der Hand, **und ich brauche keine Ratschläge mehr**. Irrationale Gefühle haben einen Sinn, sobald wir verstehen was dahinter steckt.

Also bitte, hör zu, hör mich einfach an, **und wenn du etwas sagen willst, warte einen Augenblick, bis du dran bist – und dann höre ich dir zu**.

- Unbekannter Autor



einem Berliner Netzwerk zum Thema Psychopharmakareduktion. Wir trafen uns mit ca. 20 Interessierten (Mitarbeiter von Trägern, Ärzte, Mitglieder von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen, EX-IN-Genesungsbegleiter, Mitglieder des Angehörigenverbandes) und entwickelten gleich beim ersten Treffen Ideen und AGs. Unter anderem berichtete er von einem Projekt aus der Schweiz, das Andrea Zwicknagel ins Leben gerufen hat. Dabei ging es um einen Dialog, der sich ausschließlich mit Neuroleptika befasse. Gerne würde er in Berlin ein ähnliches Projekt ins Leben rufen. Da ich oft beim Psychoseseminar zu Gast war, und dort das Thema Medikamente zu kurz kam, fand ich diesen Vorschlag so gut, dass ich mich sofort in diese AG einschrieb. Es wurden noch andere AGs mit Themen wie Social Media, Öffentlichkeitsarbeit/ Presse, Eingliederungshilfe, Fortbildungen u.v.m. gestartet.

Bereits kurze Zeit danach traf sich diese AG Dialog zum ersten Mal. Wir besprachen die Aufgabenbereiche und Organisation. Das dringendste Thema war die Raumsuche. Das zweite Thema war Flyerentwurf und Kosten für den Dialog. Ich fand wichtig das Thema Psychopharmaka nicht auf Neuroleptika zu beschränken und fand in der Gruppe Zustimmung. Wir teilten die Aufgaben unter den Teilnehmern auf. Ein Teilnehmer nahm Verbindung zu einer Werkstatt auf und ließ erste Flyer-Entwürfe gestalten, andere begaben sich auf Raumsuche und nutzten dabei ihre Netzwerke, eine Gruppe erkundigte sich nach Finanzierungsmöglichkeiten für Räumlichkeiten und Flyer.

Auf einer Veranstaltung hatte ich vom Vorstand des Kellerkinder e.V. (vertreten durch Thomas Künnecke) erfahren, dass der Verein für Veranstaltungen an Psychiatrie-Nutzerorientierte Gruppen sein Ladenlokal zur Verfügung stellt. Ich fuhr darahin zu einem offenen Nachtcfé vorbei und erkundigte mich nach den Möglichkeiten und Kosten. Dort wurde mit den Mitgliedern das Thema besprochen und ich durfte im Plenum unser Projekt vorstellen. Bereits eine Woche später bekamen wir die Zusage an 10 Terminen kostenlos das Ladenlokal zu nutzen. Zwar waren einige Mitglieder des Vereins skeptisch was den Dialog betraf aber uns wurde die Möglichkeit eingeräumt mit den Veranstaltungen zu beginnen.

Der Rest ging dann schnell. Bei weiteren Treffen der AG sammelten wir etwas Geld und stimmten über den Flyer ab, wir fanden die ersten 10 Titel für die Veranstaltungsreihe und bestimmten für einige Monate die Moderatoren (je 1 Betroffene\*r, 1 Angehörige\*r und 1 Profi). Dann wurden Flyer gedruckt und wir konnten am 08.01.2018 mit dem Dialog beginnen. Nie zuvor habe ich erlebt, dass ein Projekt in so kurzer Zeit von der Planung bis zur Ausführung aus dem Boden gestampft wurde. Weiterhin trifft sich die AG vierteljährlich um Moderationen festzulegen. Das jeweils dialogisch besetzte Moderatorenteam setzt sich dann noch einmal kurz vor der Veranstaltung zusammen. Nun ist bald das zweite Jahr mit dem laufenden Dialog vorbei. Die Veranstaltungen sind gut besucht. Über die Vermittlung des Psychiatriekoordinators von Berlin-Mitte konnten wir bei der Schillerbibliothek für 2019 untergeschlüpfen. Für das Jahr 2020 hat uns die Leiterin der Bibliothek, aufgrund des großen Erfolgs, den Raum von sich aus kostenfrei angeboten. Der Kellerkinder e.V. unterstützt uns trotz Raumwechsel weiterhin mit Catering, beteiligt sich bei der AG, übernimmt Moderationen und sponsert unsere Werbemittel. Von dieser und auch anderen Kellerkinderaktionen war ich so beeindruckt, dass ich sofort dem Verein beigetreten bin und inzwischen auch die Vertretung für den Vorstand übernommen habe. Aus der anfänglichen Skepsis ist eine verlässliche Kooperation gewachsen.

Das Berliner Kooperationsnetzwerk Kritischer Umgang mit Psychopharmaka trifft sich weiterhin vier bis fünf mal im Jahr. Unsere Treffen finden unter dem Dach des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Berlin statt. Dort tauschen wir uns über die unterschiedlichen Projekte regelmäßig aus. Dies wird dankenswerter Weise auch von Uwe Brohl-Zubert durch Räume und Mitarbeit unterstützt.

**Sabine Haller**, Peer-Beraterin und Genesungsbegleiterin bei VIA Perspektiven gGmbH. Koordination des Psychopharmaka-Trials in Berlin, Mitglied Berliner Kooperationsnetzwerk kritischer Umgang mit Psychopharmaka, Vertretung des Vorstands Kellerkinder e.V. Berlin, Vorstandsmitglied exPEERienced erfahren mit seelischen Krisen e.V. Berlin, Runder Tisch § 1906, stellvertretende Vorsitzende der BG 3 der Berliner Besuchskommission, Mitglied Fachausschuss Psychopharmaka DGSP e.V.



PSYCHOPHARMAKA

THERAPIE

# Psychopharmaka?

## Kritischer Dialog

2020

### „Manchmal reicht ein Wechsel der Perspektive“

(Zitat: Antoine de Saint-Exupéry)

In den letzten Jahren werden zunehmend kritische Stimmen zum Thema Psychopharmaka laut. Die Treffen dienen dem offenen Austausch von Erfahrungen mit Psychopharmaka im gleichberechtigten und vielstimmigen Dialog. Dieser richtet sich an Menschen mit seelischen Krisen. Ebenso sind Menschen aus deren Umfeld eingeladen (z.B. Angehörige, Nachbarn, Mitarbeiter\*innen aus psychosozialen Einrichtungen). Jede Veranstaltung wird dialogisch vorbereitet und geleitet und kann einzeln besucht werden. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

**Der Dialog findet an jedem 2. Montag im Monat in der Zeit von 17.00 bis 19.00 Uhr statt (außer April - Ostern / Juli - Sommerpause)**

**Veranstaltungsort für 2020 ist die Schiller-Bibliothek  
Müllerstr. 149, 13353 Berlin**

#### **Ansprechpartner:**

Sabine Haller, Jann E. Schlimme

#### **Email:**

s.haller@seeletrifftwelt.de, dr.schlimme@gmx.de

#### **Veranstalter:**

Berliner Kooperationsnetzwerk Kritischer Umgang mit Psychopharmaka

#### **Unser Gastgeber für 2020 ist:**

Schiller-Bibliothek  
Müllerstr. 149, 13353 Berlin



**13. Januar  
UP & DOWN**  
Durch Psychopharmaka

**10. Februar  
Darf ich oder muss ich?**  
Medikation zwischen Bedarf und Bedürfnis

**09. März  
Medikamenteneinnahme**  
Ein Stigma für die ganze Familie

**06. April  
Psychopharmaka in der Jugend**

**11. Mai  
Partnerschaft & Sexualität  
mit Psychopharmaka**

**08. Juni  
Psychopharmaka in der  
Patientenverfügung**

**10. August  
Nötigungen im  
psychiatrischen System**  
Macht durch Psychopharmaka

**14. September  
Hobby oder Pille?**  
Sinnfindung durch Alternativen

**12. Oktober  
Die Arznei -**  
Nachweis der Beeinträchtigung?

**09. November  
Bin das noch ich?**  
Persönlichkeitsveränderungen  
durch Psychopharmaka

**14. Dezember  
Droge oder Medikament?**  
Sinnvolle Unterscheidung?

Unterstützt durch:



Mit dem Projekt:





## **Absetzen von Antipsychotika in der Klinik: Stationsmilieu, Herausforderungen und erste Erfahrungen**

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Konrad

### **Projekt Aufklärungsbögen für Antidepressiva und Antipsychotika**

Ausgangspunkt für unser Projekt war die Feststellung, dass es bis dato keine verständlichen Informationen über Psychopharmaka gab. Manche Informationen wurden von der Pharmaindustrie bereitgestellt und waren somit nicht als objektiv anzusehen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass vonseiten der Pharmaindustrie in der Vergangenheit häufiger negative Studien über Psychopharmaka zurückgehalten wurden, was dazu führte, dass deren Wirkung überschätzt wird. Zudem ist natürlich sehr kritisch zu sehen, dass von der Pharmaindustrie extrem hohe Summen für die Werbung ausgegeben werden. Zusätzlich erfolgt durch den sogenannten Publication Bias eine Überschätzung der Effekte der Psychopharmaka und ca. 30 bis 40 %.

Die Arbeitsgruppe zur Erstellung der Aufklärungsbogen wurde im Jahr 2016 gegründet. Ihr gehören einerseits Chefarzte und Mitarbeiter der Pflege von psychiatrischen Kliniken des Landes Rheinland-Pfalz an, außerdem Psychiatrieerfahrene und psychiatriekritische Aktivisten. In der Arbeitsgruppe wurden auf Basis eingehender Diskussion und zusammengetragener Literatur die Aufklärungsbogen für Antipsychotika und Antidepressiva gestaltet, diese wurden dann in die leichte Sprache übersetzt. Kürzlich konnten die Aufklärungsbögen Antipsychotika zusätzlich in 9 verschiedene internationale Sprachen übersetzt werden.

### **Abhängigkeit bei Antidepressiva und Antipsychotika**

Bei Antipsychotika gibt es mittlerweile viele Erkenntnisse über Langzeit-Gewöhnungseffekte. Diese sind vermutlich vor allem auf die sog. Supersensitivität der Rezeptoren zurückzuführen.

Bei Antidepressiva gibt es viele Fallberichte über körperliche Entzugssyndrome. Dies scheint insbesondere für SSRI und Venlafaxin zuzutreffen. Nach Ein-



© Reinhard Wojke

schätzung vieler Experten kommt es zwar zu Entzugssymptomen, die Kriterien einer Abhängigkeit sind jedoch nicht erfüllt – dies ist jedoch auch unter Fachleuten umstritten und wird weiterhin kontrovers diskutiert.

### **Reduzieren und Absetzen von Antidepressiva und Antipsychotika**

Das Thema Reduzieren und Absetzen in der klinischen Tätigkeit wurde in den letzten Jahren natürlich vor allem befördert durch die zahlreichen und teils schweren unerwünschten Wirkungen bei Antidepressiva und vor allem bei Antipsychotika.

Zudem gibt es mittlerweile zahlreiche Studien, die eine gute Wirkung niedriger Dosierungen belegten. So ist davon auszugehen, dass bei vielen Antipsychotika die Wirkung einer vergleichsweise niedrigen Dosis nicht wesentlich geringer ist als die der Standarddosis. Besonders zu erwähnen ist, dass es auf dem DGPPN-



Kongress 2018 erstmals ein State-of-the-art Symposium mit hochrangigen Experten zum Thema Absetzen von Psychopharmaka gab.

### **Spezialstation für Psychosen der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach**

Die psychotherapeutische Spezialstation für Psychosen mit integrierter Tagesklinik der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach ist speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychotischen Erkrankungen ausgelegt. Ziel ist, gemeinsam mit den Betroffenen Ursachen für die Erkrankung zu finden, die Ressourcen zu stärken und neue Wege zur Bewältigung der Probleme aufzuzeigen. Antipsychotika und andere Medikamente werden eingesetzt, soweit eine klare Behandlungsindikation besteht. Voraussetzung hierfür ist natürlich eine eingehende Aufklärung und das Einverständnis der Betroffenen. Unser Bestreben ist, die niedrigstmögliche Dosierung einzusetzen, insbesondere bei der Rezidivprophylaxe.

Ein besonderer Schwerpunkt der Behandlung stellen die psychotherapeutischen Angebote dar. Neben der Einzeltherapie finden verschiedene Gruppenangebote Anwendung. Die Psychoedukation hat den Fokus nicht auf der Informationsvermittlung, sondern auf der Früherkennung. Dies bedeutet die individuelle Suche nach auslösenden Faktoren und der Umgang mit diesen. Zudem bieten wir auf der Station zahlreiche multiprofessionelle Gruppenangebote zur Schulung der Alltagskompetenzen an.

### **Erfahrungen mit Reduzieren und Absetzen**

Bisher haben wie in der Rhein-Mosel-Fachklinik wenige Erfahrungen mit dem kompletten Absetzen im stationären oder teilstationären Rahmen. Häufig erfolgt jedoch eine Rückführung von unnötiger Polypharmazie auf unsere Initiative hin. Leider werden immer noch viele Betroffene über längere Zeit mit unnötig vielen Psychopharmaka in oft dann auch zu hoher Dosierung behandelt, auch wenn dies häufig nicht mehr indiziert ist. Ein Absetzen in der Klinik erfolgt außerdem dann, wenn sich eine vorher gestellte Diagnose im Verlauf nicht bestätigen lässt. Eine Reduktion der Dosis eines Psychopharmakons nehmen wir häufig vor, oft aufgrund bestehender unerwünschter Wirkungen.

Bei vorübergehenden akuten Entzugssymptomen oder Absetzproblemen ist eine stationäre Aufnahme in der Regel innerhalb einiger Tage möglich. Bei schweren akuten Beschwerden ist eine Aufnahme für Patienten aus dem Versorgungsbereich der Klinik sofort möglich, jedoch dann in der Regel auf eine der Akutstationen, möglicherweise also nicht direkt auf die entsprechende Spezialstation (je nach freien Behandlungsplätzen).

Von einem Reduzieren oder Absetzen von Antidepressiva oder Antipsychotika würden wir bei deutlichen Erkrankungssymptomen abraten. Dies umso mehr, wenn keine angemessene ambulante Behandlung gewährleistet ist oder schlechte soziale Rahmenbedingungen vorliegen. Positive Ausgangsbedingungen für ein Absetzen oder Reduzieren sind etwa fehlende Krankheitssymptome, engmaschige ambulante Behandlung, Psychotherapie sowie ein bestehendes soziales bzw. familiäres Umfeld.

Bisher haben wir wenige Erfahrungen mit dem geplanten Absetzprozess im stationären Rahmen. Dies betrifft v.a. auch die Kostenerstattung durch die Krankenkassen und den Umgang des MDK bei etwaigen Prüffällen. Wir gehen davon aus, dass das Absetzen oder Reduzieren bei fehlenden akuten Krankheitssymptomen (falls vorhanden) mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung (ICD 10: F2) begründet werden kann; zudem sollten die Beschwerden eingehend dokumentiert werden. Im Hinblick auf das geplante Absetzen von Antidepressiva haben bislang keine Erfahrungen, hier sollte zumindest geprüft werden, ob bei bekannter rezidivierender Depression eine entsprechende Erfassung der Diagnose gerechtfertigt sein kann.

Bezüglich der Differentialdiagnose von Entzugs- und Absetzproblemen versus Rückfall ist eine eingehende Diagnostik angezeigt. In der Klinik behandeln wir häufig Betroffene, welche nach dem Absetzen von Antipsychotika eine erneute Krankheitsepisode erleiden. In diesem Fall sind eventuelle Absetzsymptome dann ggf. nicht mehr sichtbar bzw. überlagert. Beim Absetzen von Antidepressiva belegen die Erfahrungen von ambulant tätigen Kollegen, dass meist eine gute Differenzierung zu Krankheitssymptomen möglich ist.



Die Absetzsymptome machen sich bei Antidepressiva häufig als Missempfindungen bemerkbar, werden von den Betroffenen häufig als „Stromschläge“ beschrieben, meist im Bereich des Kopfes.

Um Absetzsymptome zu lindern, ist natürlich zunächst auf sehr langsames Absetzen zu achten. Bei erneuten Symptomen kann auch ein vorübergehendes Erhöhen sinnvoll sein. Oft haben die Betroffenen ein Problem, dies mit den gängigen Tabletten umzusetzen, dann kann eine Umstellung auf Tropfen sinnvoll sein – wenn verfügbar. Besonders wichtig ist es auch, den gedanklichen Fokus z.B. durch begleitende Therapieangebote weg vom Absetzen zu lenken.

Der Beitrag von Betroffenen zum Reduzier- und Absetzprozess sollte eine transparente Rückmeldung aller auftretenden Beschwerden beinhalten. Hilfreich ist natürlich außerdem die aktive Teilnahme an den begleitenden Therapieangeboten, auch um den Fokus vom Absetzthema wegzulenken.

### Probleme in Zusammenhang mit Reduzieren und Absetzen

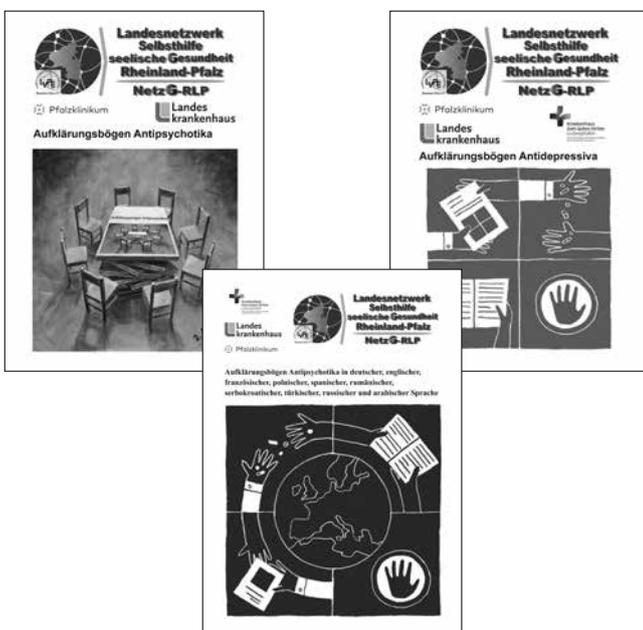
Generell muss eine Indikation für eine stationäre Behandlung als Voraussetzung für die Kostenerstattung vorliegen. Dies kann beim geplanten Absetzen von Psychopharmaka problematisch sein. Ausreichende Erfahrungen hierzu liegen uns in der Rhein-Mosel-Fachklinik bisher nicht vor. Es erscheint jedenfalls

auch vor diesem Hintergrund sinnvoll, das Absetzen im ambulanten Setting zu beginnen und dann nur die letzte – in der Regel besonders schwierige Phase – in der Klinik durchzuführen. Insgesamt ist auch vor diesem Hintergrund eine enge Kooperation zwischen ambulanten und stationär tätigen Ärzten wünschenswert.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dann der Dokumentation während der stationären Behandlung zu. Generell sollte die Erfassung der Beschwerden und Symptome besonders eingehend erfolgen. Auch ist es empfehlenswert, die nicht-medikamentösen Therapiemethoden besonders eingehend zu dokumentieren und zu begründen.

Um mögliche Finanzierungsprobleme zu vermeiden sollten unbedingt alle vorliegenden Diagnosen und Syndrome erfasst werden. Alle verfügbaren nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden sollten aus geschöpft werden und das Vorgehen sollte eingehend dokumentiert und begründet werden.

*Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Konrad, Chefarzt Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie II an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Mitautor der Aufklärungsbroschüren Antidepressiva und Antipsychotika (hg. vom Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. in Zusammenarbeit mit Volkmar Aderhold, Markus Kaufmann, Peter Lehmann u.v.m.).*



### Links zu den Aufklärungsbögen

#### Aufklärungsbögen Antipsychotika

<http://bit.do/info-nl>

#### Aufklärungsbögen Antipsychotika in Leichter Sprache

<http://bit.do/nl-ls>

#### Aufklärungsbögen Antipsychotika in deutscher, englischer, französischer, polnischer, spanischer, rumänischer, serbokroatischer, türkischer, russischer und arabischer Sprache

<http://bit.do/nl-inter>

#### Aufklärungsbögen Antidepressiva

<http://bit.do/info-ad>

#### Aufklärungsbögen Antidepressiva in Leichter Sprache

<http://bit.do/ad-ls>



## Weitere Aktivitäten zum Thema „Reduzieren und Absetzen“ über die Expertenrunde PSYCHEXIT hinaus

### 2020

»Wo bleiben die neuen Wege beim Absetzen von Psychopharmaka?« **Vorsymposium** bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. Uwe Gonther und Peter Lehmann: Bürgerhaus, Bremen-Vegesack, 12. November 2020.

Seit über einem halben Jahrhundert weiß man von den immensen Problemen beim Absetzen von Psychopharmaka. Seit drei Jahrzehnten weiß man von der um 20-25 Jahre reduzierten Lebenserwartung von Menschen mit ernsten psychiatrischen Diagnosen (und entsprechender Verabreichung oft gesundheitsschädlicher Psychopharmaka). Immer wieder wird von Betroffenenseite und von engagierten psychiatrisch Tätigen eine kompetente Begleitung beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka eingefordert, mittlerweile sogar von der „S3-Leitlinie Schizophrenie“. Doch abgesehen von zaghaftesten Ansätzen ambulanter und teilstationärer Unterstützung beim Absetzen bleibt die Masse der Betroffenen ohne jegliche Unterstützung. Dazu desinformiert die Pharmaindustrie die Ärzte- und Patientenschaft mit Falschinformationen: Es gebe keine Abhängigkeit und Entzugsprobleme, man könne die Psychopharmaka meist rasch in 1-2 Wochen absetzen. Welche Schadensersatzansprüche gegen die Pharmaindustrie können Patienten zustehen, wenn ein Arzt ihnen wegen unzureichender Informationen in den Fachinformationen weder Angaben zum Absetzen noch zu dessen Nebenwirkungen macht und der Patient nicht unerhebliche Gesundheitsschäden davonträgt? Welche Lösungsmöglichkeiten für die bisherige katastrophale Unterlassung von Hilfeleistung gibt es derzeit? Wo bekommen Betroffene Hilfe? Wie sähe eine optimale Hilfe beim Absetzen von Psychopharmaka aus?

#### Beiträge:

1. Katrin Rautenberg: Ambulante Begleitung beim Absetzen von Psychopharmaka im AMEOS-Klinikum Bremen
2. Peter C. Groot & Paul Harder: Tapering-Strips (Ausschleichstreifen) – Lehren aus der klinischen Praxis der verantwortungsvollen Reduzierung von Psychopharmaka
3. Marina Langfeldt: Ansprüche von Patienten gegen pharmazeutische Unternehmer aus Gefährdungshaftung gemäß § 84 AMG wegen Gesundheitsschäden auf Grund von Psychopharmaka ohne korrekte Angaben zum Absetzen
4. Peter Lehmann: Fördern und fordern – Neue Wege beim Absetzen von Psychopharmaka

Zeitnahe nähere Informationen im Internet unter [www.peter-lehmann.de/termine.htm](http://www.peter-lehmann.de/termine.htm)

**geplant: Reportage aus Thessaloniki von Gaby Sohl über das Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie.** In dem Observatorium organisieren sich seit 2002 PsychologInnen, Betroffene und Angehörige. Sie wollen Öffentlichkeit schaffen für alle, die mit psychischen Schwierigkeiten konfrontiert sind, die Zwangsmaßnahmen ablehnen oder sich in einer Notsituation befinden, aber nicht in die Psychiatrie eingeliefert werden wollen. Betroffene finden ebenfalls Hilfe beim Reduzieren und Absetzen der Medikation.

### 2019

Heinz, Andreas / Lehmann, Peter: »Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika«, **Symposium** mit den Diskutantinnen & Diskutanten Iris Heffmann, Peter Lehmann, PD Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme und Dr. med. Martin Voss beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Berlin, 29. November 2018; **Artikel zum Symposiumsthema** von Markus Kaufmann & Peter Lehmann: »Überfällige ärztliche Hilfen beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, in: NeuroTransmitter – Offizielles Organ des



Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) e.V., 30. Jg. (2019), Nr. 12, S. 28-32.  
– im Internet ab 13.12.2019 lesbar auf [www.bvdp.de/images/neurotransmitter/2019/12-2019-NeuroTransmitter.pdf](http://www.bvdp.de/images/neurotransmitter/2019/12-2019-NeuroTransmitter.pdf)

Deeg, Janosch. »**Die dunkle Seite der Stimmungsaufheller**«. Artikel in Gehirn & Geist Nr. 04/2019. Viele Menschen berichten von starken Beschwerden wie Ängsten, Unruhe und Missemphindungen, wenn sie Antidepressiva absetzen. Immer mehr spricht dafür, dass Ärzte solche Entzugserscheinungen lange unterschätzt haben. Gesprächspartner für den Artikel waren u.a. Iris Heffmann, Uwe Gonther & Markus Kaufmann.

## 2018

**Vortrag** von Iris Heffmann: »**Psychopharmaka absetzen – Hilfen und Erfahrungsaustausch per Internet**« im Rahmen des Symposiums »Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika«, Symposium beim Kongress der DGPPN, Berlin, 29. November 2018.

## Publikationen seit Psychexit 3 mit Erwähnung von Psychexit

Heinz, Andreas / Lehmann, Peter: »Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika«, Symposium beim Kongress der DGPPN, Berlin, 29. November 2018; Artikel zum Symposiumsthema von Markus Kaufmann & Peter Lehmann: »Überfällige ärztliche Hilfen beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, in: NeuroTransmitter – Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) e.V., 30. Jg. (2019), Nr. 12, S. 28-32.  
– im Internet ab 13.12.2019 lesbar auf [www.bvdp.de/images/neurotransmitter/2019/12-2019-NeuroTransmitter.pdf](http://www.bvdp.de/images/neurotransmitter/2019/12-2019-NeuroTransmitter.pdf)

Lehmann, Peter: »Paradigm shift: Treatment alternatives to psychiatric drugs, with particular reference to low- and middle-income countries«, in: Laura Davidson (Ed.): »The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Wellbeing«, London / New York: Routledge 2019, pp. 251-269  
– im Internet unter <http://bit.do/sdg3-psychiatry>

Lehmann, Peter: »Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gestern, heute und morgen«, in: Theresia Degener / Marc von Miquel (Hg.): »Aufbrüche und Barrieren – Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er-Jahren«, Bielefeld: Transcript Verlag 2019, S. 243-273

Lehmann, Peter: »Unterstützte Entscheidungsfindung und Aufklärung über Psychopharmaka und Elektroschocks« in: Martin Zinkler / Candelaria Mahlke / Rolf Marschner (Hg.): »Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis«, Köln: Psychiatrieverlag 2019, S. 99-111  
– im Internet unter <http://bit.do/ja-nein>

Lehmann, Peter: Vorwort zur 5. Auflage, in: ders. (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage 2019, S. 19-24  
– im Internet unter [www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#5](http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#5)



## Psychopharmaka absetzen – Hilfen und Erfahrungsaustausch per Internet

Iris Heffmann (Pseudonym)

*Vortrag beim DGPPN-Kongress „Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft“ am 29.11.2018 in Berlin im Rahmen des Symposiums „Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika“. Vortragsmanuskript, überarbeitet und ergänzt.*

Ich vertrete eine besondere Form der Selbsthilfe, und zwar eine virtuelle Selbsthilfegruppe. Das heisst, der Austausch der Betroffenen über Absetzschwierigkeiten findet online statt, über ein Forum (adfd.org) als Austauschplattform.

Der Titel dieses Symposiums lautet: „Ein *neuer* Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika“. Der virtuelle Austausch zu diesen individuellen Schwierigkeiten ist jedoch nicht neu. Das Forum ADFD gibt es seit 2003, also bereits 15 Jahre. Es wurde von Betroffenen und Angehörigen als private Initiative gegründet. Sie haben Unterstützung in englischsprachigen Foren gefunden – diese gab es also bereits noch früher – und wollten diese Austauschmöglichkeit und unabhängige, kritische Informationen auch auf deutsch zur Verfügung stellen.

Online-Erfahrungsberichte bzw. virtuelle Selbsthilfe gibt es also schon viele Jahre. Neu ist das Interesse der Forschung am Thema. Darüber möchte ich heute sprechen, zunächst aber noch etwas zum Forum und zu Entzugssymptomatiken allgemein sagen.

Der Schwerpunkt bei Gründung des Forums lag auf Antidepressiva, daher auch das Akronym ADFD, das bedeutet ausformuliert Antidepressiva Forum Deutschland. Heute ist ADFD ein Eigenname für die virtuelle Gruppe geworden und gibt es Austausch zu Absetzschwierigkeiten bei allen Psychopharmakaklassen, auch bei Neuroleptika und Benzodiazepine.

Manche Menschen können ihre verschriebenen Medikamente relativ problemlos absetzen. Andere haben

leichte, mittelschwere oder schwerwiegende Entzugssymptomatiken, die es ihnen dann beispielsweise nicht mehr möglich machen, ihrem Beruf nachzugehen oder am sozialen Leben teilzunehmen.

Im Forum finden sich aufgrund des Schwerpunktes Berichte von sehr schwierigen Reduktions- und Absetzverläufen mit komplexen Symptombildern und auch anhaltenden postakuten Störungen. Diese körperlichen und psychischen Symptome können über Wochen und Monate oder auch sehr viel länger (Jahre) hinaus anhalten.

Der Begriff Entzugssymptome wird von Betroffenen bewusst genutzt, weil es ihrem Erleben entspricht. Letztendlich wird es auch in den relevanten aktuellen Fachartikeln zum Thema so gehandhabt und empfohlen (1).

Zudem gehen die Teilnehmer von einem körperlichen Abhängigkeitspotential im Sinne einer neuro-physiologischen Adaption bzw. Gewöhnung aus.

In allen Betroffenenengruppen weltweit hat sich ein Konsens entwickelt, wie man möglichst risikoarm absetzt, vor allem nach Langzeiteinnahme. Empfohlen wird ein langfristiger und kleinteiliger Ausschleichprozess von 10% Reduktionen, individuell von der jeweiligen aktuellen Dosis ausgehend, alle 4-6 Wochen. Es handelt sich um eine Orientierung, die individuell anzupassen ist. Immer wieder müssen Betroffene, die starke Absetzsymptome haben, im Verlauf noch kleinere Schritte wählen.

Im virtuellen Austausch gibt es neben der Dokumentation von Absetzverläufen auch viele Erfahrungswerte und Tipps, wie man kleine Dosisschritte herstellt. Dies kann beispielsweise über das Zählen und Entfernen von Kügelchen aus der Kapsel bei Präparaten wie Venlafaxin erfolgen. Manche Betroffene arbeiten mit Feinwaagen, viele unretardierte Tabletten lassen sich



in Wasser auflösen, um mit Hilfe von Eingwespritzen gewünschte Einheiten herzustellen. Erfreulich ist es, wenn ein kooperierender Psychiater gefunden wird, der ein Rezept für Individualrezepturen ausstellt. (2)

In den Leitlinien zur Behandlung von Depression wird allgemein ein Ausschleichen über vier Wochen nahegelegt, ohne weiteren Bezug beispielsweise auf die Einnahmedauer. Viele der Forumsteilnehmer nehmen jedoch schon sehr lange Medikamente: 5, 10, 15 bis beispielsweise 35 Jahren.

Betroffene, die das Forum aufsuchen, haben zumeist in kurzen Zeitspannen – oft auch ärztlich angeleitet – reduziert und abgesetzt und sind mit Symptomen konfrontiert, die neu und beängstigend für sie sind. Nicht selten sind die Teilnehmer sehr verzweifelt. Viele Teilnehmer bekommen von ihrem Behandlern keine Anerkennung oder Hilfestellung bei Problematiken. Viel zu oft herrscht das Credo vor, Symptome seien garnicht nicht zu erwarten oder wenn, dann allgemein leicht und selbstlimitierend. Dies trifft auf eine Teil der Absetzenden jedoch nicht zu.

Warum ist es schwierig mit dem Wissen um Entzugssymptome und der Anerkennung von Absetzsyndromen? Ein Zitat von Psychiater Dr. Jan Dreher aus dem Buch „Antidepressiva absetzen“ gibt einen Anhaltspunkt. Dr. Dreher schreibt:

*„In den etablierten Büchern zur Psychopharmakotherapie stehen Absetzsymptome erst seit wenigen Jahren drin, wenn überhaupt. Früher kannte das kein Mensch. In der Ausbildung hat mir das auch keiner erzählt. Als ich den Blogbeitrag schrieb, wusste ich auch nicht, dass es das gibt. Doch dann kamen sehr viele Kommentare von Patienten, dass es sehr wohl Absetzerscheinungen gibt“ (3).*

Einen weiteren Anhaltspunkt liefert eine Aussage von Psychiater Dr. Ulrich Vorderholzer, zu finden bei seinem Blogbeitrag „Wieviel Antidepressiva sind zuviel“ auf der Website psychosomatik-online.de. Er schreibt, dass Menschen, die Antidepressiva vor allem nach jahrelanger Anwendung nur sehr schwer absetzen können, oft nicht das Verständnis und die Unterstützung erhalten, die sie benötigen, weil auf die Problematik bisher zu wenig Aufmerksamkeit gerichtet worden sei. Dies ändere sich derzeit jedoch ganz rapide (4).

Dr. Vorderholzer setzt sich übrigens ganz aktuell in einem Artikel der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ mit den Pro-Argumenten für eine Abhängigkeit von Antidepressiva auseinander (5).

Wenn Forumsteilnehmer ihren Behandlern mitteilen, das sie online viele Berichte von Betroffenen gelesen haben, denen es ähnlich geht, heisst es nicht selten: Ach, im Internet steht viel und wird viel erzählt. Die Wichtigkeit von Onlineberichten sehen aber gerade diejenigen, die sich in der Forschung mit dem Thema Entzugssymptomen auseinandersetzen.

Dr. Dee Mangin führte eine Absetzstudie zu Fluoxetin durch und erklärte in einem Interview, wichtige Forschungsarbeit hätten Betroffene selbst geleistet, indem sie sich online über ihre Symptome austauschen würden und dabei ähnliche Muster entdeckt hätten (6).

Die Ergebnisse ihrer Studie sind noch nicht veröffentlicht. In einem Interview hat Dr. Mangin jedoch vorab bereitserklärt, dass bei einigen Teilnehmern die Entzugssymptome so schwerwiegend waren, dass sie den Entzug nicht aushielten und zu ihrer ursprünglichen Medikation zurückkehren mussten (7).

Auch Professor Toni Kendrick sieht die Relevanz von Onlineberichten. Er führt in England eine Langzeitstudie zum Absetzen von Antidepressiva durch und erklärt in einem Interview, dass es zunehmend Berichte von Betroffenen gäbe, die nach dem Absetzen Symptome bekommen, die sehr lange anhalten würden, über Monate und Jahre. Derartige Berichte fänden sich v.a. in den themenspezifischen Online-Gruppen und diese seien daher sehr hilfreich, um Fallbeispiele zusammenzutragen (8).

Welche Literatur gibt es zum Thema Online-Erfahrungsberichte? Eine Studie von Carlotta Belaise et al. wurde 2012 veröffentlicht: „Patient Online Report of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Persistent Postwithdrawal Anxiety and Mood Disorders“ (9).

Von den Autoren wurden im Internet veröffentlichte Berichte analysiert, die akute Entzugssymptome und auch Langzeitentzugssyndromen beschreiben. Letzteres verstehen die Autoren als tardive Rezeptorensensibilitätsstörung.



Die Studie bestätigt laut der Autoren die Symptome, die allgemein in der Literatur als diejenigen geführt werden, die am häufigsten auftreten. Körperliche Symptome können beispielsweise Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Tinnitus und Gangstörungen und viele andere sein. (9)

In unserer virtuellen Gruppe werden darüber hinaus folgende Symptomatiken häufig beschrieben: eine ausgeprägte körperliche Schwäche, Verspannungen, Schmerzen, Herzrasen, Störungen des Immunsystems (häufige Entzündungen und Infekte), massive Reizüberempfindlichkeit, beispielsweise auf Licht und Geräusche.

Anhaltende postaktute Symptome psychischer Natur würden laut Studie u.a. aus Angststörungen, Panikattacken, verspätet einsetzender Schlaflosigkeit, depressiven Verstimmungen, emotionale Instabilität, Reizbarkeit, und andere bestehen. Auch nach einer sehr allmählichen Reduzierung würden nach den meisten Studien noch neue Entzugserscheinungen auftreten, was auch in dieser Studie zu Online-Erfahrungsberichten bestätigt werde.

Die Autoren erklären, eine Neubewertung von tardiven, also verspätet einsetzenden anhaltenden Entzugsstörungen könne auch zu einem besseren Verständnis von Rebound, Wiederauftreten und Rückfall beitragen. Neue Forschung, wie diese Symptome zu interpretieren seien und sie zu beschreiben, sei dringend erforderlich

Auch im Forum kann man Berichte von einem zeitversetzten Auftreten der Symptome nach Reduktionen oder nach Absetzen der Medikation lesen, dies können Tage als auch (mehrere) Wochen oder länger nach dem Absetzen sein.

Die führende Forscherin der Studie, Carlotta Belaise, erklärte in einem Interview:

*„Was mich bei der Erforschung dieser Berichte beeindruckte, war, dass diese Patienten sich von der offiziellen Psychiatrie so alleingelassen fühlen“ (10).*

2018 wurde eine weitere Studie zu Online-Erfahrungsberichten veröffentlicht. Autoren sind Tom Stockman, Joanna Moncrieff und andere: „SSRI and SNRI withdrawal symptoms reported on an internet forum“ (11). Analysiert wurden Betroffenenberichte

aus dem größten englischsprachigen Online-Forum, [survivingantidepressants.org](http://survivingantidepressants.org).

Ein Ergebnis der Studie:

*„Die berichtete maximale Dauer von Entzugssymptomen überstieg deutlich die Obergrenze, die im allgemeinen bei Patienten, insbesondere bei SSRI's, angenommen wird.“*

Bei Serotonin-Wiederaufnahmehemmern betrug sie 90,5 und bei Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern 50,8 Wochen.

Ernstzunehmen ist meiner Ansicht nach die steigende Anzahl von Betroffenenberichten, die jahrelang anhaltende Entzugssyndrome beschreiben.

Weiteres Ergebnis der Analyse der Autoren: Es gibt Symptombeschreibungen, die schon standardisiert erfasst wurden (wie Brain Zaps), aber auch solche, die bisher nicht klassifiziert und daher weniger bekannt sind: „Gehirn-Schwappen“, „der Augenbewegung hinterher hinkende Sicht“ oder „Wattegefühl im Kopf“ (oft auch als Brain Fog bezeichnet).

Phänomene, die ich darüberhinaus aus Berichten kenne: Viele Betroffene entwickeln im Entzug erstmalig Unverträglichkeiten, sie reagieren mit unerwünschten Reaktionen auf weitere Psychopharmaka, andere ZNS-aktive Medikamente, auf Narkosemittel, Antibiotika, Betablocker, Antihistaminika, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine (u. a. B und D) oder Schilddrüsenmedikamente. Es können auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten (u. a. Histamin) oder Allergien erstmals auftreten.

Letztes wichtiges Ergebnis der Studie: Die Autoren stellten fest, dass die Dauer der Entzugssymptome mit der Dauer des Ausschleichens korrelierte, was darauf schließen lasse, dass Menschen mit schweren und verzögerten Entzugssymptomen ihre Antidepressiva nur langsamer reduzieren können.

In deutschen Fachmedien war meines Wissens nach bisher wenig von Entzugssymptomen und Online-Erfahrungsberichten zu lesen.

Ausnahmen sind beispielsweise die unabhängige me-



dizinische Fachzeitschrift Arzneimittelbrief. Hier erschien 2015 der Artikel „Entzugerscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva Typ SSRI und SNRI“ und die Autoren erklären u.a.

„Die Psychiatrie sehen wir in der Pflicht, praktikable Strategien für das Absetzen zu entwickeln und in der ärztlichen Fortbildung flächendeckend zu propagieren“ (12).

Ein weiterer Artikel mit dem Titel „Kein Kinderspiel. Probleme beim Absetzen von Antidepressiva“ erschien in der Ausgabe 5/2018 der pharmakritischen Arznei- und Gesundheitszeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ (13).

Zudem veröffentlichte Peter Lehmann 2016 den Artikel „Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen“ im Rundbrief des Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (14).

Das Thema Absetzschwierigkeiten wird letztendlich immer mehr beachtet, was man beispielsweise auch daran sieht, dass die Psychiatric Times im April 2019 dem Thema Online Communities zum Austausch bei Entzugssymptomen einen Artikel gewidmet hat: „Online Communities for Drug Withdrawal: What Can We Learn?“ (15).

Die Autoren erklären, dass immer mehr Betroffene Austausch in Online-Community suchen und sich durch diese Foren wie nie zuvor vernetzen können.

Wichtige Einschätzungen der Autoren:

- Online-Gemeinschaften würden zeigen, dass viele Ärzte nicht auf Entzugsstörungen vorbereiten sind und es Lücken gibt, diese Symptome zu behandeln oder Patienten durch komplizierte Entzüge zu begleiten.
- Entzug sei nicht für alle gleich, es gäbe eine Heterogenität der Symptome. Daher sei es eine Herausforderung und dringend erforderlich, diagnostische Kriterien zu entwickeln, die helfen die Syndrome zu erkennen.
- Es sei zudem unklar, wieviele Ärzte sich bewusst seien, wie vielfältig Entzugssyndrome sein können. Dies könne zu Fehldiagnosen führen und die Symptome beispielsweise einer psychischen Stö-

rung zugeordnet werden oder einer neuen körperlichen Erkrankung.

- Die Autoren erklären zudem, dass die Anerkennung, dass der Patient eine iatrogene Komplikation hat, essentiell sei für eine korrekte Diagnose und den Recovery-Prozess
- Auch wenn viele Menschen keine größeren Schwierigkeiten hätten, diese Medikamente abzusetzen, würde deutlich, dass Entzugssyndrome nicht selten sind, was auch ein wichtiges Thema für das Gesundheitswesen allgemein sei.

Ein abschließendes Fazit der Autoren lautet, dass eine stärkere Bekanntheit komplexer Entzugssyndrome von größter Bedeutung sei. Die Syndrome müssten weiter erforscht werden, da sich Betroffene sonst weiterhin vom medizinischen Establishment abwenden würden, um Unterstützung bei anderen Betroffenen im Internet zu suchen. Die Autoren empfehlen daher auch: Fachkräfte sollten sich mit Online-Communities vertraut machen.

Das Fazit möchte ich ergänzen. Seit sehr vielen Jahren bleibt zu vielen Betroffenen nur die virtuelle Selbsthilfe. Das ist keine ideale Situation, sondern mehr als unglücklich, wenn Wissen, Anerkennung und Unterstützung im echten Leben fehlen und es viel zu oft heisst: Ihre Probleme können garnicht oder nicht in dieser Schwere und Dauer mit der Reduktion oder dem Absetzen ihrer Medikamente zusammenhängen.

Es wäre schön, wenn Sie als Fachärzte dazu beitragen, dass sich das Wissen um und die Anerkennung von Absetzproblematiken weiter verbreitet und Betroffene bereits beim Reduzieren und Absetzen besser unterstützt werden. Beispielsweise indem Sie über potenzielle Entzugsprobleme aufklären und diese im Absetzprozess berücksichtigen oder durch die Unterstützung längere, kleinteiliger Ausschleichprozesse, damit es erst garnicht erst zu komplexen Entzugsbeschwerden kommt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Quellen unter <http://bit.do/ih-quellen>



## Eine wundersame Geschichte vom unterstützten Absetzen von Psychopharmaka

Mareike Müller (Pseudonym)

Ich habe 2015 damit angefangen, vier Psychopharmaka (zwei ältere Antidepressiva, ein Antikonvulsivum [das als Stimmungsstabilisator verabreicht worden war] und ein Benzodiazepin) nach fast zehnjährigem Gebrauch abzusetzen, die ich aufgrund einer Angststörung / Burnout genommen habe.

Mein behandelnder Psychiater hat mich im Vorfeld mehrfach darauf hingewiesen, dass ich meine Medikamente vorsichtig und langsam reduzieren sollte. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich mich noch nicht umfassend über die Risiken eines zu schnellen Absetzens informiert und ich dachte, wie wohl schon viele Menschen vor mir: „Mir passiert das nicht.“ Das war eine eklatante Fehleinschätzung.

Nach einem physischen und psychischen Zusammenbruch (ich zitterte unkontrolliert, hyperventilierte, hatte Migräneanfälle in einer ungekannten Stärke, konnte nicht mehr aufhören zu weinen, erbrach sogar Wasser, hatte muskuläre Krämpfe) aufgrund eines kompletten Kaltzuges aller Psychopharmaka bis auf das Benzodiazepin wurden die Substanzen innerhalb von 48 Stunden wieder eindosiert (allerdings jeweils in einer reduzierten Dosis). Einzig das Benzodiazepin blieb unangetastet in gleicher Dosishöhe. Wahrscheinlich hat dies Schlimmeres verhindert.

Nach diesem wirklich erschreckenden Ereignis begann ich mit der Recherche, um für mich selbst ein Verständnis über das Absetzen von Psychopharmaka zu entwickeln. Über das amerikanische Internetforum [survivingantidepressants.org](http://survivingantidepressants.org) fand ich auf das deutschsprachige Forum [adfd.org](http://adfd.org).

Das dort gesammelte Fach- und Erfahrungswissen war für mich Gold wert. Zum einen erfuhr ich, welche gravierenden Auswirkungen Antidepressiva für den gesamten Körper haben und zum anderen las ich über Entzüge, die jahrelang andauerten und den Betroffene-

nen viel Kraft und Mut abverlangten. Das, was ich körperlich erlebt hatte, hatten bereits viele Menschen vor mir erlebt. Es ist nicht einfach, Psychopharmaka abzusetzen. Sie sind nicht mit einer einfachen Tablette gegen Halsschmerzen vergleichbar, die man im Akutfall nimmt und dann wieder weglässt. Ich wurde hellhörig und arbeitete mich umfassend in die Thematik ein.

Am hilfreichsten waren für mich die Aussagen, dass, wenn man schonend absetzt, also nie mehr als 10 % der derzeitigen Dosis, sich die Symptome in Grenzen halten können. Das war für mich wichtig, die Erkenntnis, dass es ambulant zu schaffen ist, und zwar Schritt für Schritt.

Ich besprach mich mit meinem Psychiater und bat ihn um seine Unterstützung, mich mein Tempo gehen zu lassen und auf mein Urteilsvermögen zu vertrauen. Es war mir wichtig, dass er versteht, was ich vorhabe, und ich wollte seine Meinung dazu wissen. Wir kamen in unserem Gespräch überein, dass ich es versuchen sollte und er mir weiterhin mit den nötigen Rezepten und, falls erforderlich, anderen Darreichungsformen (z.B. Tropfen) zur Seite stehen würde. Und ich wollte weiterhin therapeutisch begleitet werden, damit ich auch von dieser Seite gestärkt würde.

Das gleiche Gespräch führte ich mit meinem Hausarzt, da er meinen Psychiater im Urlaubsfall bezüglich der Rezepte vertreten sollte. In meiner Anwesenheit wurde eine Telefonkonferenz durchgeführt und das Für und Wider meines Plans besprochen. Es gab kein „Wider“.

Aufgrund dieses medizinischen Rückhalts machte ich mich daran, die erste Teilmenge des Benzodiazepins abzusetzen. Ich wählte meinen eigenen Rhythmus und merkte schnell, dass ich gut daran tat, meinem Körper zu vertrauen.



Während dieser schrittweisen Reduzierung litt ich verstärkt unter Migräne, muskulären Problemen, Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Schwindel, Sehproblemen und dem Gefühl, ständig erkältet zu sein. Aufgrund meines angelesenen Wissens wusste ich jedoch, dass all diese Probleme dem Absetzen zuzuschreiben waren, und konnte mit der Symptomatik einigermaßen gut umgehen.

Im Verlaufe des Prozesses entschied ich mich, die zwei älteren Antidepressiva unter der Deckelung des Benzodiazepins auszuschleichen. Ich hatte im Internetforum [survivingantidepressants.org](http://survivingantidepressants.org) von Menschen gelesen, die das gemacht und durchaus von dieser Vorgehensweise profitiert hatten.

Auch dieses Mal erhielt ich von beiden Seiten uneingeschränktes Vertrauen entgegengebracht. Mit Beginn meines Absetzprozesses hatte ich ein Medikamententagebuch begonnen, in das ich lückenlos jede Tagesmedikation eintrug. Ich vermerkte Absetzschritte und notierte Symptome, die auftraten. Ich bin im Nachhinein der Ansicht, dass diese Offenheit viel dazu beigetragen hat, dass ich auf das Vertrauen meiner behandelnden Ärzte zählen konnte.

Ich reduzierte zunächst eines des älteren Antidepressiva schrittweise. Meine Pause zwischen den einzelnen Reduktionsschritten wählte ich selbst. Während des Entzuges verstärkten sich die muskulären Probleme, zur Unterstützung verschrieb mir mein Hausarzt sowohl Physiotherapie als auch Osteopathie. Auch die Übelkeit wurde stärker und ich konnte oft tagelang überhaupt nichts essen. Da ich unter dieser Polymedikation fast 40 Kilo an Gewicht zugenommen hatte, konnte ich es durchaus körperlich tragen, abzunehmen.

Nachdem ich das eine Antidepressivum auf Null reduziert hatte, passte ich erst wieder die Benzodiazepindosis an, d.h. ich senkte sie, bevor ich mit der Reduktion des zweiten Antidepressivums begann. Die Symptome, die ich beim ersten Entzug bereits erlebt hatte – Schlaflosigkeit, Übelkeit, Muskelschmerzen –, verstärkten sich enorm. Rückblickend kann ich nur sagen, dass, wäre ich nicht körperlich auch seelisch gefestigt und unterstützt gewesen, ich hätte aufgegeben.

Fast am Ende des Entzuges kam ich nicht mehr weiter.

Ich hatte seit Tagen nicht geschlafen, nicht gegessen, hatte Rückenschmerzen, musste täglich mehrere Migräneanfälle über mich ergehen lassen und mein Akku war leer. Ich entschied, erstmal zu pausieren und stattdessen die Benzodiazepindosis erneut etwas zu senken.

Dann konnte ich mich endlich an den letzten Reduktionsschritt des Antidepressivums machen und war unendlich erleichtert, als ich die letzte Dosis nahm. Ich fühlte mich frei. Aber noch lagen zwei Medikamente vor mir.

Ich fing wieder an, beide Substanzen von der Dosis anzupassen, d.h. ich reduzierte die Dosis des Antikonvulsivums und verteilte die Einnahmen sowohl des Benzodiazepins als auch des Antikonvulsivums in Teilmengen so über den Tag, dass ich Zwischenentzüge aufgrund der jeweils kurzen Halbwertszeit vermeiden konnte.

Ich ging weiter – mit Begleitung meiner Ärzte. Dennoch musste ich jeden Schritt alleine gehen. Allein die Tatsache, die sich einem unweigerlich aufdrängt: „Abhängig zu sein von einem Medikament“ ist ernüchternd und macht Angst. Ich bin eine ganz normale Frau mit einer hohen Schulbildung. Einem tollen Job. Familie. Wieso bin ich abhängig von Medikamenten? Wie kann sowas passieren?

Aber es war so. Ich musste es akzeptieren und weitermachen. Ich wollte nicht abhängig sein. Von nichts und niemandem.

Ich wurde im Verlauf meines Medikamentenabsetzens weiterhin therapeutisch begleitet, was mir half, meine bis dahin erarbeiteten alternativen Strategien im Umgang mit meinen Ängsten noch weiter zu festigen. Auch konnte ich jederzeit meine Absetzsymptome schildern und besprechen. Es war für mich sehr wichtig, dass mein Therapeut (behandelnder Psychiater) weiterhin an meiner Seite blieb und meinen Weg begleitete. Auftretende Symptome, wie z.B. diffuse Ängste, die sich anders anfühlten, als meine ursprünglichen Ängste, konnte ich zeitnah besprechen und analysieren. Eine „Rückkehr der Grunderkrankung“ stand daher nie im Raum. Aufgrund meines Tagebuches konnte zugewiesen werden, dass diese diffusen Ängste direkt mit der jeweiligen Medikamentenreduktion zusammenhingen.



Während des Benzodiazepinentzuges hatte ich alle bisherigen Symptome erneut, nur noch viel stärker, da die beruhigende Wirkung ja jetzt auch noch wegfiel. Mein Blutdruck entgleiste, mir war oft nur noch schwindelig, ich hatte noch schlimmere Migräneanfälle. Mit dieser Kombination landete ich dann im Krankenhaus. Es bestand der Verdacht auf Epilepsie, der sich nicht bestätigte. Mein gesamtes System war aus dem Gleichgewicht geraten. Ich wusste oft nicht, was da passiert und warum. Ich hatte allerdings auch diesmal Glück, denn die behandelnden Ärzte in der Klinik hörten sich meine Geschichte geduldig an und bejahten, dass es beim Absetzen zu solchen Symptomen kommen kann. Tagelang versuchte man, meinen Blutdruck zu senken, ohne Erfolg. Ich war schlag- und herzanfallgefährdet und wurde engmaschig überwacht. Auf meinen Wunsch wurden die Psychopharmaka allerdings nicht wieder erhöht. Ich wollte keinen einzigen Schritt zurückgehen und ließ die Zeit für mich arbeiten. Ich weiß selbst, dass das gefährlich war, aber ich vertraute auf die ärztliche Überwachung und auf mich selbst. Ich war immer sicher, dass ich es schaffen werde und dass alles wieder gut wird.

Direkt im Anschluss an das Benzodiazepin setzte ich das Antikonvulsivum ab. Ich war müde, ausgelaugt, ich wollte nicht mehr. Ich wollte keine einzige weitere Tablette mehr schlucken. Ich wollte, dass mein Körper endlich heilen kann und sich von dem Schrecken erholt.

### **Fazit**

Meine Ärzte zweifelten nicht an mir und das stärkte meine eigenes Vertrauen in meinen Prozess. Ich habe innerhalb von 16 Monaten alle Substanzen abgesetzt und bin seit Juli 2016 frei von Psychopharmaka. Bis heute hatte ich keinen Rückfall.

Diese Entzüge waren das Schlimmste, was ich je in meinem Leben durchgemacht habe. Ich hoffe, dass ich nie wieder in solch eine Situation kommen muss. Ich fühlte mich 16 Monate lang krank, wirklich krank. Für das Verständnis und das Vertrauen, das mir von Seiten meiner Ärzte entgegengebracht wurde, bin ich unendlich dankbar. Ich hatte kompetente Ansprechpartner, die mir mit ihrem Wissen zur Seite gestanden haben und damit mein Durchhaltevermögen gestärkt haben.

Aber gegangen bin ich jeden einzelnen Schritt alleine.

Mir ist klar, dass sich mein Bericht von Erfahrungen unterscheidet, wie sie in betroffenenkontrollierten Internetforen wie beispielsweise adfd.org nachzulesen sind. Durch eigene Recherche stieß ich auf dieses Forum. Was wäre gewesen, wenn ich – wie das Gros von Betroffenen – nicht auf diese Website gestoßen wäre? Die Behandler standen mir partnerschaftlich zur Seite, mein Absetzwunsch wurde respektiert, ich war über Entzugssymptome und Notwendigkeit einer schrittweisen Reduktion aufgeklärt, konnte kleinteilige Reduktionsschritte durchführen, wurde während des Absetzens psychotherapeutisch unterstützt, und bei Problemen legte man mir nicht nahe, wieder mehr Psychopharmaka zu nehmen. Wieviel Jahrzehnte wird es noch dauern, bis eine solche Praxis Standard wird? Ganz abgesehen von der Frage, weshalb so viele Menschen überhaupt in eine Abhängigkeit von Psychopharmaka geführt werden und ob dies nicht schon im Ansatz verhindert werden sollte.



## Was, wenn kleinschrittiges Reduzieren technisch schwierig ist?

Peter Lehmann

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 Ärzteinigungen 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 gewähr-



leistet 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 Betroffenengruppen ist auch die Wasserlösemethode 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 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 verwendeten 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 wer-

den, 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 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.

### **Anmerkungen der Psychexit-Arbeitsgruppe**

Der Text ist entnommen aus dem von Peter Lehmann herausgegebenen Buch »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«. 5. Auflage. Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2019, S. 329-332

*Peter Lehmann ist kein Arzt, sondern Fachbuchautor, Dipl.-Pädagoge und Psychiatriebetroffener mit Erfahrung im Selbsthilfebereich seit 1979. Als Nichtarzt kann er selbstverständlich keine ärztlichen Ratschläge erteilen. Da eine Vielfalt individueller Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, soziale Lebensverhältnisse etc.) einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Absetzprozesses ausüben, dürfen die genannten Reduktionsmethoden nicht als übertragbare Empfehlungen für alle Betroffene aufgefasst werden. Diese sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und seelischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten bzw. einer geeigneten Spezialistin festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Lektüre des Artikels Psychopharmaka mit einer der beschriebenen kleinschrittigen Methode abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt.*



## Elektroschocks als Antwort auf fehlgeschlagene Absetzversuche, Behandlungsresistenz und Einnahmeverweigerung

Peter Lehmann

**Zusammenfassung:** Seit Jahren nimmt die Zahl verabreichter Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz stetig zu – ungeachtet chronischer Gedächtnisstörungen, spontan wiederkehrender epileptischer Anfällen und lebensbedrohlicher Folgen für Herz, Kreislauf und Hirngefäße. Elektroschocks auch ohne Einverständnis der Betroffenen zu verabreichen und damit Zusatzeinnahmen zu erwirtschaften ist für viele Kliniken nicht nur ein lukratives Geschäftsmodell. Innerhalb des begrenzten psychiatrischen Weltbildes sind Elektroschocks auch die logische Konsequenz auf die Verweigerung der Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika (beispielsweise durch eigenmächtiges und fehlgeschlagenes Absetzen), deren Unverträglichkeit oder Behandlungsresistenzen (Wirkungsverluste). Dieser Artikel ruft die von den Elektroschockfreunden ausgehende Gefahr ins Bewusstsein und empfiehlt Gegenmaßnahmen.

### Elektroschock – Gipfel der Humanität?

Mainstream-Psychiater drängten jahrzehntelang, vermehrt Elektroschocks zu verabreichen (Rufer, 1992). Noch 2007 warnte der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer:

»Es ist still geworden um diese Behandlungsmethode der Psychiatrie, die viele Menschen mit Folter, Grausamkeit und elektrischem Stuhl assoziieren. Doch diese Ruhe ist künstlich hergestellt, sie ist taktischer Natur – zu schlecht war nach Ansicht der schockenden Psychiater der Ruf dieser Behandlung geworden.« (S. 413)

Derzeit haben nicht nur Homophobie, Fremdenhass, Rassismus und Antisemitismus Konjunktur. Auch der in der Zeit des Faschismus entwickelte Elektroschock erlebt eine Renaissance. 2012 riefen Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz dazu auf, flächendeckend Elektroschock-Apparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen (Grözinger u.a., 2012).

Die Propagandisten des Elektroschocks pochen unisono auf schonendere Praktiken der Elektroschockverabreichung. Weitere Argumente sind das angeblich gute und sofortige »Ansprechen« auf Elektroschocks, die medikamentöse Unterdrückung der ansonsten bei epileptischen Anfällen auftretenden Muskelkrämpfe durch die Gabe von Muskelrelaxanzien (muskeler-schlaffenden Mitteln), gelegentliche und tolerierbare »zeitlich nur begrenzte kognitive (*die Erkenntnis- und Informationsverarbeitung betreffende*) Nebenwirkungen« und fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen. Vertreter kritischer Positionen beschuldigt man einer ignoranten Leidenschaftlichkeit, der Behinderung dringend erforderlicher Behandlungen sowie unethischer Positionen gegenüber zwangsweise verabreichten Elektroschocks. Einzelne, lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, jedoch bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit unklar. Unter Narkose verabreicht, würden die Betroffenen von den Schocks nichts mitbekommen. Und viele Patientinnen und Patienten würden – belegt durch anekdotenhafte »Fallberichte« – zwangsweise verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten. Medizinisch, juristisch und ethisch seien gegen den natürlichen Willen verabreichte Elektroschocks nicht anders zu bewerten als jede andere psychiatrische Zwangsbehandlung auch, so ein Grundsatzartikel im *Nervenarzt*, dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

»Obwohl die EKT als ärztliche Zwangsmaßnahme, wie jede Behandlung gegen den natürlichen Patientenwillen, einen schweren Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht darstellt, kann ihr Einsatz im Einzelfall medizinisch indiziert, rechtlich zulässig und ethisch geboten sein.« (Zilles u.a., 2018, S. 313)

Anja Grigoli-Bretschneider (2016) beginnt die Zusammenfassung ihrer Diplomarbeit an der Höheren



Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich mit der Position, die sie nach dem Studium der Literatur der Elektroschockbefürworter eingenommen hat:

»Die Elektrokrampftherapie (EKT) stellt ein einzigartiges, humanes und sicheres Verfahren für die Behandlung vieler therapieresistenter psychischer Erkrankungen dar.«

Hier wiederholt sich die Geschichte. Dieselbe Aussage traf vor fast acht Jahrzehnten der US-amerikanische Psychiater Abraham Myerson:

»Die Elektroschocktherapie scheint ohne nennenswerte Gefahr zu sein.« (1941, S. 1084)

### Schockzahlen

Der Stromstoß wird in der Regel zwischen 0,5 und 8 Sekunden, manchmal auch bis zu 30 Sekunden lang durch den Kopf verabreicht. Die Stromspannung beträgt ca. 450 Volt, die Stromstärke ca. 0,9 Ampere. (Zum Vergleich: Bei der elektrischen Defibrillation des Herzens zum Beispiel bei einem Herzstillstand dauert der Stromstoß 4 Millisekunden.) Stellt sich der epileptische Anfall nicht wie gewünscht ein, erfolgt in einem Zeitabstand von 60 Sekunden ein erneuter Stromstoß mit einer bis zu 50 %-igen Steigerung der Stromdosis. Meist werden Elektroschocks in Serien verabreicht, sechs bis zwölf Schocks in zwei- bis dreitägigem Abstand. Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. Zunächst einmal sollen zwanzig Schocks verabreicht werden, um zu sehen, ob sie auf die Schocks »ansprechen«.

In Deutschland stieg die Zahl der verabreichten Elektroschocks zwischen 1995 und 2008 um das Zweieinhalbfache (Henkel & Grözinger, 2013, S. 17). In der Schweiz verzehnfachte sich zwar die Elektroschockrate von 2007 bis 2010 (Ramseier u.a., 2011), doch im internationalen Vergleich liegt man hier – wie auch in Deutschland und Österreich – nach wie vor am unteren Ende. In Dänemark beispielsweise ist die Rate zehnmal höher als in Deutschland. Der Psychiater Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt in Wunstorf (1975-1987) und Basel (bis 2003) berichtete 2018, in all den Jahren seiner Berufstätigkeit sei er für ca. 50.000 Patientinnen und Patienten zuständig gewesen, habe aber kein einziges Mal die Verabreichung

von Elektroschocks für nötig befunden (siehe Hannig, 2019). Entsprechend heftig sind die Anstrengungen der Psychiater in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich, den internationalen Rückstand aufzuholen.

In aller Welt sind es mehrheitlich Frauen und ältere Menschen, denen man Elektroschocks verabreicht (Henkel & Grözinger, 2013, S. 17). In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Königfelden, den Kliniken mit den höchsten Schockzahlen in der Schweiz, betrug der Anteil weiblicher Elektroschock-Patienten 63,5 % (Pfaff u.a., 2013, S. 387). In Deutschland und Österreich sowie in Ländern anderer Kontinente, beispielsweise in Pakistan, Hongkong oder Saudi-Arabien, findet sich ebenfalls eine Majorität von Frauen unter den Behandelten (Henkel & Grözinger, 2013, S. 20).

Mainstream-Psychiater sehen keine absoluten Kontraindikationen, wenn sie Elektroschocks verabreichen wollen (Grözinger u.a., 2016, S. 8f.).

### Wirkprinzip epileptischer Anfall

Auch wenn Mainstream-Psychiater heutzutage harmloser klingende Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »elektrische Durchflutungstherapie«, »Elektrokonvulsionstherapie«, »Hirnstimulation« oder »Fibrillation« benutzen und unkritische Journalisten gelegentlich von einer »Hightech-Schockbehandlung« sprechen: Am Wirkprinzip des Elektroschocks, so seine ursprüngliche Bezeichnung, hat sich nichts geändert. Die Psychiatrischen Dienste Graubünden informieren entsprechend:

»Die EKT hat sich seit ihrer Einführung vor mehr als 75 Jahren in der technischen Ausführung fundamental verändert, wenngleich das Grundprinzip der Behandlung gleich blieb.« (2019)

Insofern benutzen Hersteller und Händler weiterhin auch den Begriff »Elektroschock« mit größter Selbstverständlichkeit (FBI, 2005, S. 15f.).

Nach Einleiten einer Narkose und der Gabe eines Muskelrelaxans platziert man die Elektroden einseitig oder an beiden Schläfenseiten. Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt«, das heißt, mit Stromstößen der epileptische Anfall, also der Hirnkrampf ausgelöst. Dieser



findet statt, auch wenn der Patient oder die Patientin bewusstlos ist. Hier drängt sich der Vergleich mit einer Vergewaltigung unter K.-o.-Tropfen auf. Von dieser bekommt die Betroffene ebenfalls direkt nichts mit, aber sie hinterlässt dennoch ihre Spuren. Vergleichbares beim Elektroschock, auch wenn der Hauptangriffspunkt nicht der Genitalbereich ist, sondern das Gehirn.

### Indikationen für Elektroschocks

Als Hauptindikation für die Verabreichung von Elektroschocks gilt die sogenannte Behandlungsresistenz, das heißt der Wirkungsverlust von Antidepressiva und Neuroleptika. Bekanntlicherweise kann sich im Lauf deren Verabreichung eine Toleranz bilden, ein Nachlassen der Wirkung und schließlich auch eine Tachyphylaxie, das heißt ein auch durch Dosiserhöhungen nicht mehr ausgleichbarer Wirkungsverlust (Kaufmann & Lehmann, 2019). Auch unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika (sogenannten Antipsychotika) und Stimmungsstabilisatoren, deren Unverträglichkeit oder Ablehnung können Psychiater veranlassen, Elektroschocks verabreichen zu wollen. Die früher vertretene Position, Elektroschocks seien im Wesentlichen eine Ultima Ratio, speziell bei febriler Katatonie (eine mit Fieber und Störungen der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechselnder Symptomatik), gilt längst als »unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig« (Berthold-Losleben & Grözinger 2013, S. 51). Die potenziell Depressionen-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika (Lehmann 2017, S. 94-102) drängt Psychiatern Elektroschocks geradezu auf, wenn ihre Psychopharmaka ausgereizt sind. Für Neuroleptika-bedingte Erstarrungszustände bot beispielsweise der deutsche Psychiater Helmut Selbach diese Lösung an:

»Und bei den letzteren können wir pharmakologisch gar nichts erreichen, da können wir nur noch mit der Elektroschock-Therapie dazwischenfahren, und damit ist unsere Weisheit am Ende.« (1963)

Wenn – aus welchem Grund auch immer – die psychischen Probleme abgeklungen sind, bedeutet dies nicht, dass Psychiater von der Verabreichung von Elektroschocks ablassen wollen. Jetzt kommen EEKT ins Spiel, »Erhaltungs-Elektrokampf-Therapien«. Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz böten den besten Schutz vor Rückfällen. Die Empfeh-

lung lautet: sechs- bis zwölfmal im wöchentlichen Abstand. Dann viermal im Abstand von zwei Wochen. Dann viermal im Abstand von drei Wochen. Anschließend monatlich. Bei Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« empfiehlt man, nicht länger als drei Wochen bis zum nächsten Elektroschock zu warten (Di Pauli & Grözinger 2013).

### Behandlungsschäden

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind kognitive Störungen sowie Gedächtnisstörungen. Manche Patientinnen und Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen und wie alt sie sind. Der deutsche Psychiater Nils Greve und Kolleginnen räumten ein, dass Gedächtnislücken bestehen bleiben und als extrem belastend erlebt werden können (2017, S. 72). Auch die American Psychiatric Association informiert,

»... dass EKT zu lang anhaltendem oder dauerhaftem Gedächtnisverlust führen kann.« (2001, S. 71)

Amnesie, das heißt Verlust des Gedächtnisses hinsichtlich zurückliegender Ereignisse, ist ernst und kommt häufig vor, und für viele machen die Auswirkungen der chronischen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der kognitiven Fähigkeiten jeglichen kurzfristigen Nutzen der Elektroschocks auf Dauer zunichte (Robertson & Pryor 2006, S. 234). Lang anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden treten in Häufigkeitsraten von über 50 % auf (Squire & Slater 1983). Erfahrungswissenschaftlich orientierte kritische Berichte von Betroffenen wie beispielsweise der Autorin Kerstin Kempker (2000) oder deren Angehörigen wie beispielsweise Astrid Krause (siehe Hannig 2019) werden von Freunden des Elektroschocks ignoriert – es sei denn, die Betroffenen sind dankbar für die erhaltenen Elektroschocks. Lucy Johnstone von der University of the West of England in Bristol befragte Betroffene, die negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht hatten, und kam zum Schluss, dass die Verabreichung von Elektroschocks für einen Teil der Patientinnen und Patienten eine tiefgreifende und dauerhaft traumatische Erfahrung bedeutet:

»Eine Vielzahl von Themen kamen auf, darunter Gefühle von Angst, Scham und Demütigung, Wert- und Hilflosigkeit sowie das Gefühl, misshandelt und vergewaltigt worden zu sein.« (1999, S. 69)

In der psychiatrischen Literatur finden sich weitere



unterschiedlich oft auftretende Behandlungsschäden: Unruhezustände, stundenlange delirante Zustände, Kopfschmerzen, Sprachversagen, anhaltende epileptische Anfälle von mindestens mehreren Minuten (Status epilepticus), auf Dauer spontane epileptische Anfälle, fünffach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche, Blutdruck- und Herzrhythmusstörungen, Atemstillstand, Einrisse in Gefäßwänden, Lungenentzündungen infolge Ansaugung von Fremdkörpern in die Lunge, Asthmaanfälle, Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut (Übersicht siehe Lehmann, 2017, S. 141-151). Werden Schwangere geschockt, liegt die kindliche Sterblichkeit bei 7,1 % (Paulzen & Benkert 2017, S. 928).

Selbst wenn Elektroschockte erhebliche Schäden davontragen und diese von Neuropsychologen bescheinigt werden, streiten Psychiater die Schäden ab und stellen die Betroffenen als unglaublich dar. Dies widerfuhr beispielsweise der britischen Kinderärztin Sue Cunliffe, die nach der verabreichten Elektroschocks nicht mehr in der Lage war, weiterhin zu praktizieren, und die über ihr Schicksal im Internet berichtete:

»Wie Tausende anderer EKT-Opfer gab ich meine Einwilligung, nachdem man mir versichert hatte, die EKT sei ungefährlich. Doch ich erlitt derart schwere Gehirnschäden, dass ich nicht einmal mehr zu einfachen Aufgaben imstande war. Mir zitterten die Hände, ich sprach verwaschen. Mein Erinnerungsvermögen war beeinträchtigt, Alltägliches konnte ich nicht mehr bewältigen, etwa mit Geld umgehen oder Gesichter erkennen. Damit habe ich die Fähigkeit, zu arbeiten und unabhängig zu leben, für immer verloren.« (zitiert nach Speth, 2019)

Grözinger merkte dazu an:

»Sehe man den zugehörigen Videoauftritt der Patientin im Internet, gewinne man durchaus nicht den Eindruck fehlender Wirkung und extremer Nebenwirkungen. Im Gegenteil belege der Mitschnitt geradezu exemplarisch den guten antidepressiven Effekt der Behandlung und lasse keine Anzeichen von schweren Gehirnschäden erkennen.« (ebd.)

Dass im Umkehrschluss Betroffene – im Gegensatz zu Sue Cunliffe – aufgrund von Elektroschäden nicht mehr

in der Lage sein könnten, von ihren Schäden zu berichten, und wie groß deren Zahl sein könnte, ist für Grözinger verständlicherweise kein Thema.

Beschreiben Psychiater intern Hirnschäden durch Elektroschocks, verneinen sie diese außerhalb ihrer Fachveröffentlichungen mit Vehemenz. Elektroschocks würden das Erinnerungsvermögen stärken, die Entstehung von Nervenzellen und den Aufbau von neuen Verbindungen im Gehirn stimulieren und die Dichte der Rezeptoren für Botenstoffe erhöhen, die Hirndurchblutung verbessern, Nervenzellen und den Aufbau von neuen Verbindungen im Gehirn stimulieren und die Dichte der Rezeptoren für Botenstoffe erhöhen, die Hirndurchblutung verbessern, die Sterblichkeit jedweder Ursache vermindern. Laut Peter Götzsche, Facharzt für innere Medizin und bis 2018 Direktor des Nordic Cochrane Center in Kopenhagen, handelt es sich bei den genannten Neubildungen im Gehirn lediglich um Narbengewebe, entstanden als Reaktion auf die gesetzten Schäden (2016, S. 213-218).

### **Aufklären, auch über Psychotherapie als Alternative?**

Ironischerweise nennen selbst die Befürworter von Elektroschocks Alternativen, jedenfalls in ihrer Fachliteratur; Berthold-Losleben und Grözinger schreiben:

»Tatsächlich gibt es in der Praxis immer eine Alternative zur EKT, auch wenn sie vielleicht weniger wirksam ist. Im Fall einer ablehnenden Haltung können psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen intensiviert oder modifiziert werden. Patienten müssen über diese Alternativen aufgeklärt werden und können sich dann entscheiden. Die Darstellung der EKT als Ultima Ratio ist unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig. Sie ist deshalb grundsätzlich abzulehnen.« (2013, S. 51)

Die febrile Katatonie, ein mit Fieber, Verstummen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung einhergehendes lebensbedrohliches Krankheitsbild, lässt sich mit dem krampflosenden Medikament Dandrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam und in Kombination mit Elektrolyten risikoarm behandeln (Spieß-Kiefer & Hippus, 1986).

Was Psychiater »Aufklärung« über Behandlungsrisiken nennen, besteht in der Regel aus der Information, Elek-



troschock würden kurzfristig und vorübergehend zu Gedächtnisproblemen führen. Aus Gründen, die mit unterschiedlichen medizinischen Kompetenzen, ethischen Einstellungen oder Einschätzungen von Haftungsrisiken zu tun haben könnten, informieren Kliniken mit betriebsbereiten Elektroschockgeräten mit abweichenden Formulierungen. Hier zwei Beispiele aus der Schweiz: Während das Psychiatriezentrum Münsingen AG (undatiert) wissen lässt, Gedächtnisstörungen nach Elektroschocks würden sich vollständig zurückbilden, formulieren die Psychiatrischen Dienste Aargau AG vorsichtiger:

»Häufigere Nebenwirkungen beinhalten Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Übelkeit, vorübergehende Verwirrheitszustände und Gedächtnisstörungen. Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Übelkeit sind normalerweise wenig ausgeprägt und vorübergehend und können durch Medikamente verhindert oder günstig beeinflusst werden. (...) Es kann aber vorkommen, dass es längere Zeit braucht, bis einzelne Ereignisse aus den Tagen oder Wochen vor der Behandlung wieder in Erinnerung gerufen werden können, einzelne bleiben sogar für immer verloren. Einzelne Patienten haben auch über größere Gedächtnislücken berichtet.« (2015, S. 2)

Noch deutlichere Worte findet die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics, wenn sie von teilweise »verheerenden kognitiven Folgen« spricht (2002).

### Fazit

Es ist allen Betroffenen und Angehörigen geraten, denen Elektroschocks schmackhaft gemacht werden, sich ausgewogen zu informieren und vor einer möglichen Entscheidung pro Elektroschock Publikationen anzuschauen, die nicht dem Prinzip des Expertenmonologs folgen, insbesondere Berichte von geschädigten Betroffenen – gemäß dem Motto: »Die Wahrheit über Katzen erfährt man bei den Mäusen.« Eine Übersicht steht im Internet unter [www.peter-lehmann.de/ekt](http://www.peter-lehmann.de/ekt). Sinnvoll wäre auch eine eindeutige Erklärung in einer Patientenverfügung, wie sie beispielsweise in der Psychosozialen Patientenverfügung vorgeschlagen ist (siehe <http://bit.do/psychpav>).

Überlegen Sie es sich dreimal, ob Sie sich auf die dauerhafte Verabreichung von Antidepressiva und Neuroleptika einlassen wollen, wenn als Konsequenz Behandlungsresistenz und schließlich Elektroschocks drohen, und gehen Sie beim Absetzen von Psychopharmaka vorsichtig vor, damit Ihnen psychiatrische Strafmaßnahmen, Klinikunterbringungen, erneutes Hochsetzen der Dosierungen oder Elektroschocks erspart bleiben.

### Anmerkungen

Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern sowie die Übersetzungen aus dem Englischen stammen vom Autor. Die Literaturangaben stehen im Internet unter [www.peter-lehmann.de/document/eschock-psychexit](http://www.peter-lehmann.de/document/eschock-psychexit).

Copyright by Peter Lehmann 2019

## Behandlungsergebnis Verzweiflung und Lebensgefahr. Brief einer Mutter

Wir drucken an dieser Stelle den anonymisierten Brief einer Mutter ab. Solche Briefe und E-Mails kommen ständig an. Sie zeigen die desolante Situation, in der sich viele Familien befinden und die dringendst einer Änderung bedarf: Psychopharmakagabe (in dem Fall Antidepressiva) zur Befriedung von Problemen maßgeblich sozialer Natur anstelle humanistisch orientierter Hilfen (in dem Fall Gesprächstherapie); Aufaddierung und Gabe von Kombinationen von Psychopharmaka bei ausbleibender erwünschter Wirkung und bei mit der Zeit nachlassender Wirkung; keine Information über mögliche Toleranzbildung zu Beginn der Verabreichung; härtere Maßnahmen bei Wirkungsverlust (in dem Fall Elektroschocks); keine Hilfe beim Absetzen; keine Informationen über entzugslindernde Maßnahmen und die Notwendigkeit kleinschrittigen Absetzens; kein Angebot einer möglicherweise inzwischen notwendigen Minimaldosierung; Umdefinierung behandlungsbedingter psychischer Probleme in eine psychische Krankheit; fehlende Übernahme von Verantwortung seitens der Behandler für das desaströse Behandlungsergebnis; Im-Stich-lassen der betroffenen Familie.

*Die Psychexit-Arbeitsgruppe*

23.9.2019

Sehr geehrter Herr Lehmann,

nachdem ich im Internet einige interessante Artikel über Sie und Ihre Arbeit gelesen habe, wende ich mich als völlig verzweifelte Mutter eines 29-jährigen Sohnes an Sie.

Mein Sohn war bereits von klein auf entwicklungsverzögert und zog sich oftmals zurück, hatte wenige bis keine Sozialkontakte. Nun arbeitet er in einer Werkstatt für behinderte Menschen im Büro.

Bereits im Kindergarten wurde er ausgegrenzt, in der Schule erfuhr er intensives Mobbing ... stets in der Opferrolle, er wehrte sich nie. Er hat einen sehr ruhigen und immer freundlichen Charakter. Als mein Sohn 15 Jahre alt war, wurde bei ihm, nach einer langen Ärzte- und Klinikodyssee ein atypischer Autismus (leichte Form mit leichter Intelligenzminderung) festgestellt. Er bekam entsprechende Therapien. Die folgenden Jahre verliefen sehr schwierig für ihn und die Familie, es gab für ihn keine passende Ausbildung/ Arbeit/ Schule, er bekam keine Chance.....

Im Jahr 2007 hatte er erste depressive Phasen und war bei einem Kinder- und Jugendpsychiater in N. Er bekam Antidepressiva verschrieben aber es stellte sich keinerlei Besserung ein. Im Jahr 2011 hatte er Angstattacken und hörte Stimmen. Er bekam verschiedenste Neuroleptika in allen möglichen Dosierungen was unter anderem zu ziemlichen Herzproblemen führte aber keinerlei Besserung der Psychose ergab. Es folgte im Jahr 2012 ein 6-monatiger Klinikaufenthalt. Dort wurde gesagt, er sei therapieresistent, da keines der verabreichten Neuroleptika eine Besserung brachte. Also führte man alle 2-3 Tage unter Vollnarkose eine EKT durch, insgesamt 10 mal!! Auch dadurch verschlechterte sich M.s Zustand, er ist seitdem ein anderer Mensch.....

Daraufhin nahm ich ihn, entgegen dem ärztlichen Rat, mit nach Hause. Wir reduzierten die Neuroleptika (Amisulprid und Abilify) in langsamen Schritten auf eine angemessene Dosis, so dass er wieder am Leben teilhaben konnte. Von da ab ging es ihm schrittweise immer besser, aber nicht gut.

Seit 8 Jahren nimmt er nun in Absprache mit der Ambulanz der Psychiatrie in E. verschiedenste Neuroleptika,

und wir starteten etliche Versuche, diese Medikamente zu reduzieren bzw. abzusetzen, da sich seit ca. 2-3 Jahren auch seine Blutwerte, besonders seine Leberwerte verschlechterten. Zum Glück konnten wir Abilify bereits vor ca. 2 Jahren komplett absetzen. Die Dosierung des Amisulprid ist momentan bei 300 mg tgl. Jedemal, wenn wir bei einer Dosierung von ca. 100 mg oder weniger waren, ging es ihm schlechter. Er sprach oft wirre Dinge und konnte seiner Arbeit nicht nachgehen. Wir dosierten stets wieder höher. Auch mit Hilfe von Homöopathie haben wir einen Absetzversuch gestartet – jedoch erfolglos.

Wir suchten Hilfe bei niedergelassenen Psychiatern, die jedoch nichts an der Medikation zu ändern wagten. Sie meinten stets, Autismus und Schizophrenie, diese Kombination sei sehr komplex.....

Ich als Mutter kenne meinen Sohn am besten und weiß, dass er vor der psychischen Krankheit zwar langsamer, aber sonst fast ganz normal war, und habe mit angesehen, dass keines der Medikamente eine Besserung brachte und bin mir daher sicher, dass er es mit der geeigneten Unterstützung schaffen kann, von diesen schrecklichen Tabletten wieder loszukommen. Wir sind aktuell sehr besorgt, da seine Blut- und insbesondere die Leberwerte sehr schlecht sind. Er hat einen Termin beim Internisten zur Sonographie der Leber und auch um das Herz machen wir uns ganz große Sorgen. Wenn er weiterhin Neuroleptika einnimmt, bedeutet das laut Hausarzt eine sehr große Gesundheitsgefahr für ihn. Ich als Mutter bin mir sicher, dass er mit einer entsprechenden Psychotherapie (Gesprächstherapie) damals am Beginn seiner Erkrankung jetzt nicht in dieser Situation wäre...

Daher meine Frage an Sie: Wo gibt es eine Klinik bzw. Ärzte, die die Patienten intensiv beim Reduzieren / Absetzen der Neuroleptika unterstützen? Die Ärzte in der Ambulanz in E. möchten sich zu diesem Thema nicht äußern. Wir haben mehrfach in der Klinik bei seinen Ärzten angerufen mit der Bitte um Rückruf, aber nichts ist geschehen. Hier will man von Langzeitfolgen durch die Medikation nichts hören. Was können wir tun? Vielleicht haben Sie als Experte auf dem Gebiet des Absetzens von Psychopharmaka einen guten Rat? Wir sind verzweifelt...

Über eine Rückmeldung würden wir uns sehr freuen. Viele Grüße .....

## Beteiligte an der Planung der Expertenrunde

**Martina Gauder** übernahm die Koordination der Expertenrunde

© Reinhard Wojke



**Peter Lehmann**, Dipl.-Pädagoge. Autor und Verleger in Berlin. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde in Anerkennung des »außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener« durch die Aristoteles-Universität Thessaloniki. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. Buchveröffentlichungen u.a.: „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ (Hg.). »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen« (2017, gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer & Josef Zehentbauer). Mehr unter [www.peter-lehmann.de](http://www.peter-lehmann.de)

**Andreas Liebke**, Mitglied von BOP&P e.V.



© Reinhard Wojke

© Reinhard Wojke



**Gaby Sohl**, Journalistin, taz, die tageszeitung und freie Autorin, lebt in Berlin. Studium der Philosophie und Sozialarbeit. Ehemalige Krisenberaterin für suizidgefährdete Menschen. Autorin von „Professionelle Logik, Psychopharmaka und das hoh(l)e Lied der Sachzwänge“. Mehr unter: <http://bit.do/sohl>

**Reinhard Wojke**, Vater von zwei Söhnen. Seit 1992 Erwerbsunfähigkeitsrentner. Aktiv in der Selbsthilfe, seit 2004 Redakteur des Rundbriefs des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. und (Gründungs-) Mitglied der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.. Mitglied im Landesbeirat für seelische Gesundheit Berlin sowie im Beirat der Krisenpension Berlin.



© Reinhard Wojke

**Iris Heffmann**, (Pseudonym), Mitglied im Online-Forum ADFD, einer virtuellen Selbsthilfegruppe zum Austausch über das Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka ([adfd.org](http://adfd.org)), lebt in Berlin.