

## **AG 1 Kompetente Hilfen beim Wunsch, Psychopharmaka abzusetzen**

*Peter Lehmann, Brigitte Siebrasse, Rainer Schaff*

Psychopharmaka absetzen als bloßen Wunsch zu bezeichnen, würde der häufigen medizinischen Notwendigkeit, angesichts sich abzeichnender chronischer oder lebensbedrohlicher Wirkungen von Psychopharmaka diese Substanzen rasch abzusetzen, nur ein geringes Gewicht geben. Das Absetzen kann auch die Folge der Erkenntnis sein, dass ihre prophylaktischen Wirkungen mehr eine Behauptung als eine nachgewiesene Wirkung sind. Dem Entschluss zum Absetzen liegen oft genug befürchtete Rezeptorenveränderungen, die zu erheblichen Problemen beim Absetzen führen können, zugrunde. Und natürlich handelt es sich beim Absetzen von Psychopharmaka auch und insbesondere um die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts und des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit. Einzig angesichts der praktizierten strukturellen Verletzung dieser Rechte wäre es berechtigt, von einem Wunsch zu sprechen – von einem Wunsch nach kompetenter Hilfe. Da diese Hilfen – entgegen den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – in der Regel bisher nicht gewährt werden, sehen die Betroffenen oft nur den Ausweg, auf eigene Faust vorzugehen.

In der gleichnamigen Arbeitsgruppe beim Selbsthilfetag der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) in Berlin, 27. September 2023, moderiert von Rainer Schaff, gingen Peter Lehmann und Brigitte Siebrasse auf die Absetzproblematik und die zahlreichen damit verbundenen offenen Fragen ein. Die AG-Teilnehmerinnen und -teilnehmer hatten Psychopharmaka teils als hilfreich und teils als schädlich erlebt. Dass man beim Absetzen in aller Regel keine kompetente Hilfe bekommt, war allerdings unstrittig.

### **Psychopharmaka reduzieren und absetzen aus gesundheitlichen Gründen**

Pharmafirmen informieren die Psychopharmaka verordnende Ärzteschaft in den durch das Arzneimittelgesetz vorgeschriebenen Herstellerinformationen, bei welchen psychopharmakabedingten Krankheitssymptomen die Psychopharmaka reduziert oder sofort abgesetzt werden müssen. Erfahrungsgemäß geben die Behandelnden diese Informationen an die Behandelten nicht oder nur ansatzweise weiter. So sind beispielsweise Neuroleptika (»Antipsychotika«) und Antidepress-

siva sofort abzusetzen unter anderem bei Anzeichen einer 1) sich entwickelnden tardiven Dyskinesie, 2) einer Depression oder Suizidalität (falls neu), 3) eines malignen neuroleptischen Syndroms, 4) einer Hyponatriämie, 5) eines erhöhten Augeninnendrucks, 6) kardialer (das Herz betreffender Symptome (z. B. Herzrhythmusstörungen), 7) dauerhaft erhöhter Leberwerte, Gelbsucht oder anderer Anzeichen von Leberfunktionsstörungen, 8) eines Serotonin-Syndrom, 9) einer Agranulozytose oder 10) einer Hyperthermie. Damit sind gemeint: 1) chronische Störungen der Muskeltätigkeit und der Bewegungsabläufe; 3) ein Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörung; 4) verminderte Konzentration von Natriumionen im Blut, was auf eine Störung im Wasser- und Elektrolythaushalt mit der Folge unter anderem von Herzrhythmusstörungen hinweist; 8) Symptomenkomplex aus psychischen und zentralnervösen Störungen, vegetativen Entgleisungen und Muskelstörungen; 9) weitgehendes oder komplettes Fehlen weißer Blutkörperchen im Blut; 10) die Überhitzung des Organismus bei normaler bis erniedrigter Körpertemperatur.

Weitergehende Informationen stehen in dem in Selbsthilfezeitschriften publizierten Artikel »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen« sowie in dem Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika« (Lehmann et al. 2017, S. 92-125). Betroffene, die sich entscheiden (sofern sie überhaupt gefragt werden), die verordneten Psychopharmaka längerfristig einzunehmen, sollten sich aus ureigenstem Interesse und angesichts der um ca. zwei Jahrzehnte verringerten Lebenserwartung von Menschen mit ernststen psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung unbedingt mit den Frühwarnzeichen vertraut machen. Wer die Erfahrung gemacht hat, dass er oder sie innerhalb der gegebenen Lebensverhältnisse derzeit ohne diese Psychopharmaka nicht zurechtkommt, sollte sich allerdings jedem gelegentlich im Selbsthilfebereich vorhandenen ideologischen Druck entgegenstemmen, unbedingt Psychopharmaka abzusetzen. Und manchmal kann bei Neuroleptika auch eine Minimaldosierung hilfreich sein (Aderhold 2017).

## **Psychopharmaka absetzen wegen angezweifelter prophylaktischer Wirkungen**

Seit Jahrzehnten werden Studienergebnisse so ausgelegt, dass sich ein Rückfall unweigerlich einstelle, wenn man die verordneten Psychopharmaka gegen ärztlichen Rat absetzt. Die Überprüfung dieser Studien ergab allerdings, dass nie zwischen sogenanntem echtem Rückfall und Absetz- bzw. Entzugsproblematik

unterschieden wurde (Woggon 1979). In anderen Worten, Absetz- bzw. Entzugsprobleme werden wie selbstverständlich als Rückfall interpretiert. In der Zeitschrift *Psychotherapy and Psychosomatics* warnten Fiametta Cosci und Guy Chouinard:

»Es besteht die Gefahr, dass Patienten mit Entzugssyndromen fehldiagnostiziert und falsch behandelt werden und in die iatrogene (ärztlicherseits verursachte – d.A.) Kaskade geraten, die das Tor zur Chronifizierung ist.«

(2020, S. 300)

Der Psychiater Giovanni Fava spricht ebenfalls von einer »Kaskaden-Iatrogenese« und beschreibt die Konsequenz einer fehlenden Differenzialdiagnose:

»Dem Patienten wird eine zunehmende Zahl von Medikamenten verschrieben, die langfristig andere Probleme verursachen und die Krankheit refraktär (unempfindlich gegenüber therapeutischen Maßnahmen – d.A.) machen, anstatt den Prozess der Behandlungsauswahl zu überdenken.« (S. 37)

Wie aus einem systematischen Review und einer Metaanalyse zum Vorkommen von Entzugsproblemen – in diesem Fall bei Neuroleptika – hervorgeht, gab es seit Einführung von Neuroleptika Anfang der 1950er-Jahre bis Oktober 2019 weltweit gerade einmal fünf den formal-wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht werdende Absetzstudien mit einer Gesamtzahl von 261 (in Worten: zweihunderteinundsechzig) Personen. Diese Studien wurden zwischen 1959 und 1976 publiziert, seither habe es offenbar keine Untersuchungen mehr (Brandt et al. 2020) gegeben. Eine dieser Studien hatten der Psychiater Rudolf Degkwitz und Kollegen (1970) durchgeführt. Dass hierzulande nicht mehr Absetzstudien durchgeführt wurden, hat auch damit zu tun, so Degkwitz,

»..., dass ein Gutachten der Deutschen Forschungsgemeinschaft es für moralisch nicht vertretbar erklärte, Neuroleptika unter genauer ärztlicher Kontrolle abzusetzen, um zu prüfen, ob die Mittel Schäden bewirkt haben.«

(1972, S. 364)

Derzeitige Absetzstudien werden in der Regel so gehandhabt, dass per Zufallsauswahl zwei Gruppen von Behandelten gebildet werden: Den einen werden weiterhin Psychopharmaka verabreicht, bei den anderen werden sie weggelassen – ohne Information über Entzugsprobleme, ohne Information über entzugslindernde Maßnahmen, einfach so. Das Ergebnis eines solchen »kalten Entzugs« ist abzu sehen, die Mitglieder der Gruppe, bei denen abgesetzt wird, erleiden Schiffbruch mit der Folgerung, man habe jetzt die Notwendigkeit der Dauerverabreichung nachgewiesen (Lehmann 2016; Weinmann 2023).

Dass es seit Jahrzehnten Studien gibt, die aufzeigen, dass es unerwünschte Vorkommnisse wie Suizid, Verlust der Arbeit, verschlechterten Verlauf der psychi-

schen Problematik und Hirnabnormalitäten sowohl während des Absetzprozesses als auch bei Menschen gibt, denen man Psychopharmaka unter klinischer Aufsicht verabreicht (Carpenter & Tamminga 1995), wird ignoriert. Ignoriert werden auch Publikationen, die nachweisen, dass die behauptete rückfallverhütende Wirkung von Antidepressiva und Neuroleptika eher ein psychiatrisches Wunschenken ist (Newnes 2023; Whitaker 2023).

## **Psychopharmaka absetzen zwecks Vermeidung einer befürchteten Medikamentenabhängigkeit**

Vor den Folgen einer dauerhaften Verabreichung von Psychopharmaka warnen inzwischen selbst mainstreamorientierte Psychiater. Gerhard Gründer von der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg und ehemaliger Vorsitzender der Task Force Psychopharmakologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), schrieb:

»An der Entwicklung supersensitiver dopaminergischer Systeme wird das Dilemma der antipsychotischen Pharmakotherapie deutlich: Jede Behandlung mit D<sub>2</sub>-Rezeptorantagonisten (gegen die Wirkung von Dopamin<sub>2</sub> gerichtete Substanzen – d.A.) birgt potenziell das Risiko, dass sich eine Supersensitivität der Zielrezeptoren entwickelt. Hat sich diese aber erst einmal eingestellt, so folgt daraus oft ein Teufelskreis von Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und weiterer Progression des pathophysiologischen Prozesses (fortschreitenden Prozesses krankhaft veränderter Körperfunktionen – d.A.).« (2022, S. 70)

Antidepressiva seien wichtige und möglicherweise lebensrettende Medikamente, schreibt Fava, sofern sie tatsächlich angezeigt seien. Doch auch in diesem Fall sei mit Risiken zu rechnen, unter anderem mit Toleranzbildung, mit einer Veränderung der Depression in Richtung bipolare Störung und mit Entzugserscheinungen. Deshalb sei ihre Anwendung auf die schwersten und hartnäckigsten Fälle von Depressionen und die kürzestmögliche Zeit zu begrenzen, so Fava:

»Eine fortgesetzte Behandlung mit antidepressiven Medikamenten kann Prozesse stimulieren, die den anfänglichen akuten Wirkungen eines Medikaments entgegenlaufen. Das gegenläufige Modell der Toleranz kann den Verlust der Behandlungswirksamkeit während der Erhaltungstherapie und die Tatsache erklären, dass einige Nebenwirkungen erst nach einer gewissen Zeit auftreten. Diese Prozesse können auch dazu führen, dass die Krankheit einen Verlauf nimmt, der nicht auf die Behandlung anspricht, bis hin zu Manifestationen einer bipolaren Störung oder paradoxer Reaktionen. Nach

Beendigung der medikamentösen Behandlung stoßen die gegenläufigen Prozesse nicht mehr auf Widerstand, was zum möglichen Auftreten neuer Entzugssymptome, zu anhaltenden Störungen nach dem Entzug, zu Hypomanie, zu Behandlungsresistenz bei Wiederaufnahme der Behandlung und zu Refraktärität (Unempfindlichkeit gegenüber therapeutischen Maßnahmen – d.A.) führt.« (2023, S. 44)

## **Psychopharmaka absetzen als Realisierung des Selbstbestimmungsrechts**

Immer wieder schicken ärztlich Tätige ihre Patientinnen und Patienten weg, wenn diese um Hilfe beim Absetzen bitten. Der Psychiater Asmus Finzen bezeichnete eine solche Verweigerungshaltung als Kunstfehler. Die Behandlungsleitlinien der DGPPN sehen eine Hilfe beim Absetzen auch nur vor für den Fall, dass die Behandelnden das Absetzen richtig finden. Da psychopharmakabehandelte Menschen weltweit die Erfahrung machen, dass ihnen die Hilfe beim selbstbestimmten Absetzen verweigert wird, sind inzwischen WHO sowie die Vereinten Nationen mit ihrer UN-Behindertenrechtskonvention, ihrem Menschenrechtsrat sowie ihrem Hohen Kommissar für Menschenrechte initiativ geworden und fordern Unterstützungsprogramme für Menschen, die sich für das Absetzen der verordneten Psychopharmaka entscheiden (siehe Lehmann 2023a). Nach dem einstimmigen Beschluss seiner Mitgliederversammlung vom 26. September ist auch der Vorstand des Bundesnetzwerks Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (NetzG) aufgefordert, im Sinne der Forderungen der Vereinten Nationen und der WHO aktiv zu werden (Lehmann 2023b).

## **Psychopharmaka absetzen: Aber wie?**

Wie das Absetzen von Psychopharmaka verläuft, lässt sich ebensowenig voraussagen wie die das Ergebnis deren Einnahme. Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll schrieb 1983:

»Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.«

Diese Aussage schließt auch das Behandlungsende ein. Man entscheidet sich, einen bestimmten Weg einzuschlagen, man handelt – möglichst vor- und umsichtig – und orientiert die einzelnen Schritte an der jeweiligen Situation. Klar ist aber, dass bestimmte Vorgehensweisen Entzugsrisiken mindern: Nichts über-

stürzen, bei längerer Einnahmezeit (ab ca. vier Wochen) langsam absetzen, sich kein Patentrezept und auch keine »10%-Regel« einreden lassen, sich über mögliche Entzugsprobleme informieren, ggf. Rat holen, eine Vertrauensperson und Unterstützung suchen, naturheilkundliche Substanzen nutzen, einen Krisenplan aufstellen, nicht während belastender Situationen mit dem Absetzen beginnen, mit einer Psychosozialen Vorausverfügung eine möglichst hohe Rechtssicherheit herstellen, eine ruhige Umgebung schaffen, sich körperlich betätigen, sich vernünftig ernähren und viel Flüssigkeit zu sich nehmen, sich Gutes tun, bewusst und kreativ leben, insbesondere auf ausreichenden Schlaf achten, erhöhte Vorsicht beim Übergang von der letzten Minidosis auf Null walten lassen (Aderhold et al. 2017), sich nach überstandendem Entzugsprozess selbstkritisch und reflektiert mit den Ursachen der Psychopharmakaverabreichung auseinandersetzen und ggf. eigene Verhaltensmuster ändern (Lehmann 2019a, S. 355-358).

Allerdings gibt es viele Problembereiche, bei denen Absetzwilige auf fachliche Hilfe angewiesen sind, beispielsweise wenn es darum geht, Kombinationen von Psychopharmaka abzusetzen oder für individuelle Rezepturen oder Ausschleistreifen, die ein hyperbolisches Absetzen möglich machen, ärztliche Verschreibungen zu erhalten. Ein hyperbolisches Absetzen bedeutet, dass die Reduktionsschritte gegen Ende des Absetzens immer kleiner werden. Warum dies wichtig und wie es zu bewerkstelligen ist, ist in dem Buch »Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige« (Lehmann & Newnes 2023) ausführlich beschrieben.

## **Psychopharmaka absetzen ohne professionelle Hilfe**

Insbesondere bei sich abzeichnenden Problemen beim Absetzen wären bedürfnisangepasste Vorgehensweisen nötig, beispielsweise wie dies in einem in den Niederlanden entwickelten Konzept – jedenfalls auf dem Papier – vorgeschlagen wird. Danach gilt es als erfolgversprechend, wenn ärztlich Tätige über eventuell auftretende Symptome informieren (was die Rechtslage sowieso vor der Erstverabreichung vorschreibt), mit den Betroffenen eine Vereinbarung über die Dosisreduktionsrate und Dosierungsschritte treffen und für Konsultationen zwischendurch regelmäßig von Angesicht zu Angesicht und notfalls telefonisch zur Verfügung stehen (KNMP et al. 2018, S. 8).

Für Menschen mit großen Ängsten und Problemen beim Absetzen wäre das Konzept am sinnvollsten, das Martin Zinkler 2017 im Landkreis Heidenheim entwickelt hat: Gemäß § 64b des SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - ge-

setzungliche Krankenversicherung) wurde dieser Landkreis in Absprache mit den Krankenkassen zur Modellregion erklärt, basierend auf der Finanzierung mit Pro-Kopf-Budgets, wodurch die Ressourcen von stationären zu gemeindenahen psychiatrischen Diensten verlagert werden. Die Unterstützung beim Absetzen kann dann in Form von häuslicher Unterstützung, der Einbindung von Peers, praktischer Hilfe zu Hause, Telefoncoaching mit der Nachtschicht in der Klinik oder auch in der Vereinbarung von spezifischen Bedingungen erfolgen, unter denen unverzüglich eine stationäre Aufnahme veranlasst wird, um den Betroffenen über eine Entzugskrise hinwegzuhelfen, ohne dass das Team wechselt und die Dosis wieder hochgesetzt wird (Zinkler 2023). Selbstverständlich macht eine Stärkung des ambulanten psychosozialen Bereichs nur dann Sinn, wenn keine menschenrechtswidrige Gesetzesänderung in Richtung psychiatrisches Recht auf ambulante Zwangsbehandlung droht.

In Deutschland gibt es ein paar Kliniken, die Hilfen beim Absetzen anbieten, allerdings handelt es sich um Kliniken mit Versorgungsauftrag, das heißt, sie können nur Menschen aus ihrem Einzugsbereich aufnehmen (Kaufmann & Lehmann 2019). Nötig wären also verantwortungsvolle Selbsthilfestrukturen, wie sie etwa Céline Cyr für Montreal in Kanada beschreibt, wo sich Psychopharmakabehandelte in der *Gestion autonome des médicaments de l'âme* (Selbstverwaltung von Medikamenten für die Seele) systematisch mit der Wirkung von Psychopharmaka und Maßnahmen zur Verminderung von Absetzrisiken auseinandersetzen (Cyr 2023).

Finden Betroffene keine Selbsthilfegruppen und keine ärztlich Tätigen, die beim Absetzen unterstützen, gibt es hilfreiche industrieunabhängige Informationsquellen: Bücher wie beispielsweise »Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen« (Schlimme et al. 2018), »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Lehmann 2019b) oder »Antidepressiva absetzen – Anleitung zum personalisierten Begleiten von Absetzproblemen« (Fava 2023), ebenso Online-Foren wie [www.psyab.net](http://www.psyab.net) oder Online-Informationsquellen wie [www.peter-lehmann.de/ex.htm](http://www.peter-lehmann.de/ex.htm). Letzteres ist eine Materialsammlung zu Websites, Blogs, Mailinglisten, hilfsbereiten Heilpraktikern, Juristischem und strafbarem Bewirken von Medikamentenabhängigkeit, Büchern, Broschüren, Artikeln, Vorträgen, Videos, Fortbildung, Tipps zum Absetzen sowie zum Absetzen in Selbsthilfegruppen und in Kliniken und zu kleinschrittigem Reduzieren.

## Fazit

Entzugsprobleme ließen sich am einfachsten verhindern, käme es erst gar nicht zur Verabreichung von Psychopharmaka, was leicht gesagt ist. Angesichts der jetzigen Situation – der von Ausnahmen abgesehenen strukturellen Vorenthaltung von kompetenter Hilfe beim Absetzen – ist es Aufgabe der Selbstvertretungsorganisationen, auf allen Ebenen die überfällige Hilfe beim Absetzen einzufordern und zudem nach Möglichkeit dazu beizutragen, dass die Ärzteschaft geschult wird, Medikamentenabhängigkeit bei Antidepressiva und Neuroleptika ernstzunehmen, zu verhindern und kompetent beim Absetzen zu unterstützen. Nötig wären undogmatische Selbsthilfegruppen, die sich der Absetzproblematik annehmen. All die Betroffenen, denen weder ärztlich Tätige noch Selbsthilfegruppen zur Seite stehen, sollten den Mut nicht verlieren und beim Entschluss abzusetzen reflektiert, vorsichtig und zielbewusst vorgehen.

## Quellen

Alle Internetzugriffe erfolgten am 22.11.2023

Aus Platzgründen stehen die Quellen separat im Internet unter <https://www.peter-lehmann.de/docu/absetzwunsch.htm>.



# **Perspektiven der psychiatrischen Krankenhausbehandlung – Mit und ohne Bett**

Tagungsdokumentation  
25./26. und 27. September 2023  
in Berlin

Herausgegeben von  
AKTION PSYCHISCH KRANKE  
Kirsten Kappert-Gonther  
Peter Brieger  
Matthias Rosemann

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Kirsten Kappert-Gonther, Peter Brieger,  
Matthias Rosemann (Hg.).  
Perspektiven der psychiatrischen Krankenhausbehandlung – Mit und ohne Bett  
Aktion Psychisch Kranke  
1. Auflage  
ISBN: 978-3-96605-276-4

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind  
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)  
Psychiatrie Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2024

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Ruth Forster, Katharina Fröhlich

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: Plump Druck & Medien, Rheinbreitbach