

Peter Lehmann

Abhängigkeit von Psychopharmaka und Wege zur Risikoverminderung beim Absetzen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Winnenden (Baden-Württemberg)

2. Juni 2016

Abhängigkeit

»Medikamenten-Abhängigkeit *liegt vor*, wenn zur genügenden Symptom-Suppression und zur Kontrolle des Befindens eine kontinuierliche Medikation oder sogar steigende Medikamenten-Dosen erforderlich werden und/oder eine ›Medikamenten-Pause‹ zum verstärkten Auftreten der ursprünglichen und weiterer Beschwerden führt. Zeichen chronischer Intoxikation machen sich bemerkbar.« (S. 34 – Hervorhebung im Original)

Poser, Wolfgang / Roscher, Dietrich / Poser, Sigrid: »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen«, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 6. Auflage 1985

Abhängigkeit

- 1) ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen
- 2) Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- 3) anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
- 4) dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben
- 5) Toleranzbildung
- 6) körperliches Entzugssyndrom

Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H. (Hg.):
»ICD-10. Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien«, Bern /
Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber Verlag 1992

Entzugerscheinungen

»Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika führt (...) zu erheblichen Entziehungerscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungerscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (S. 161)

Degkwitz, Rudolf: »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1967

Entzugerscheinungen

»Als Entziehungsdelir können wir das delirante Syndrom in unserem Fall nicht bezeichnen, da im Gegensatz zum Alkohol- und zum Barbitursäure-Delir die süchtige Komponente fehlt. Daß es sich deshalb um einen prinzipiell anderen Vorgang handelt, ist unwahrscheinlich. (...)

Entzugerscheinungen

... Anhand einer Krankenbeobachtung läßt sich nachweisen, dass eindeutig medikamentös bedingte Delirien auch nach plötzlichem Absetzen des Psychopharmakons (in unserem Fall des Haloperidols) auftreten können, analog den Entziehungsdelirien bei Alkohol, Paraldehyd und barbitursäurehaltigen Arzneimitteln.« (S. 447)

Reimer, Fritz: »Das ›Absetzungs‹-Delir«, in: Der Nervenarzt, 34. Jg. (1965), S. 446-447

Entzugerscheinungen

Neuroleptika

Angst- und Verwirrheitszustände , Halluzinationen,
Reboundeffekte, Supersensitivitätspsychosen

Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Alpträume,
Taubheits- und Geschmacksstörungen

Schweißausbrüche, Tachykardien, Herzklopfen,
Erbrechen, Übelkeit, Durchfall

Muskel- und Bewegungsstörungen etc.

Entzugerscheinungen NL

»Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungerscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich wird, die Neuroleptica wieder abzusetzen. Wie groß dieser Teil der chronisch behandelten Fälle ist, ist ebenfalls nicht bekannt.« (S. 174f.)

Degkwitz, Rudolf / Luxenburger, Otto: »Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neuroleptics«, in: Der Nervenarzt, 36. Jg. (1965), S. 173-175

Entzugerscheinungen

Antidepressiva

»Wird ein Antidepressivum (insbesondere ein MAO-Hemmer) nach regelmäßiger, acht Wochen oder länger währender Verabreichung abrupt abgesetzt, können Magen-Darm-Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit auftreten, verbunden mit Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schüttelfrost und Schlaflosigkeit und gelegentlich mit Hypomanie (*leicht gehobene Stimmung*), panikartiger Angst und extremer motorischer Unruhe.« (S. 205)

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

Entzugerscheinungen AD (SRI)

»Magen-Darm-Störungen, Kopfschmerz, Angst, Schwindel, Parästhesie (*Fehlempfindung in Form von Kribbeln, Pelzigsein, Ameisenlaufen etc.*), Empfindungen als würde der Kopf, Nacken oder Rücken von einem elektrischen Schlag durchzuckt, Tinnitus, Schlafstörungen, Müdigkeit, grippeartige Symptome und Schweißabsonderung sind bei einem SSRI die verbreitetsten Charakteristika nach abruptem Absetzen oder einer merklichen Dosisreduzierung.« (S. 250)

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

Toleranzbildung

»Entziehungssymptome bzw. eine körperliche Abhängigkeit ergaben sich insbesondere bei kombinierten Neuroleptica/Antiparkinsonmittelbehandlungen. (...) Nach den Erfahrungen von Kramer et al., die ähnliche Entziehungssymptome beim Absetzen von über zwei Monate lang und hochdosiert appliziertem Imipramin beobachteten, würden dieselben Kriterien auch für die antidepressiven Substanzen gelten, so dass von einem Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit gesprochen werden könnte.« (S. 555)

Battegay, Raymond: »Entziehungserscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptica als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: Der Nervenarzt, 37. Jg. (1966), S. 552-556

Toleranzbildung

»Unter der Langzeittherapie mit Neuroleptika wurden Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet. Die betroffenen Patienten sprachen typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zunächst gut an; Rezidive (*Rückfälle*) machten jeweils Dosissteigerungen erforderlich, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar war. Es würde sich also um eine Toleranzentwicklung gegenüber der anti-psychotischen Wirkung handeln.« (S. 53)

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

Toleranzbildung

Charakteristika von Supersensitivitätspsychosen

1. Die Symptome treten dann auf, wenn man die Neuroleptika absetzt oder die Dosis verringert.
2. Die Psychose tritt nur auf, wenn man mindestens einige Wochen Neuroleptika verabreichte.
3. Man trifft auf begleitende Zeichen einer gesteigerten Empfindlichkeit der Dopaminrezeptoren.
4. Das Syndrom geht einher mit hohen Spiegeln des Hormons Prolaktin.
5. Es tritt eine Toleranzentwicklung gegenüber der sogenannten antipsychotischen Wirkung auf.
6. Symptomunterdrückung durch weitere NL-Verabreichung

Toleranzbildung

Charakteristika von Supersensitivitätspsychosen

7. Verschiedene Stadien der weiteren Syndromentwicklung (wie bei der tardiven Dyskinesie)

I.) Kurz andauernde Supersensitivitätspsychose

II.) Kontrolle durch Neuroleptika bei erneutem Auftreten

III.) Zuletzt bewirken Neuroleptika überhaupt nichts mehr, die entstandene Psychose ist irreversibel.

Chouinard, Guy / Jones, Barry D.: »Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 137 (1980), S. 16-21

Chouinard, Guy / Jones, Barry D.: »Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis, the ›Hump Course‹, and tardive dyskinesia«, in: Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol. 2 (1982), S. 143-144

Toleranzbildung

»Auf die Dauer kommt es demnach zu einer verminderten Serotoninwirkung. Wenn die Serotoninmangel-Hypothese der Depression richtig wäre, müssten die SSRI schwerste Depressionen bewirken.« (1995, S. 144)

Rufer, Marc: »Glücksspielen: Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka«, München: Knauer Verlag 1995

Toleranzbildung

»Es ist ein Prinzip der evolutionären Medizin, dass die Störung entstandener Anpassungsprozesse biologische Funktionen schwächt. Da Serotonin viele Anpassungsprozesse reguliert, könnten Antidepressiva viele unerwünschte gesundheitliche Wirkungen haben. Während Antidepressiva in bescheidener Weise depressive Symptome reduzieren, steigern sie beispielsweise nach dem Absetzen die Empfänglichkeit des Gehirns für zukünftige Episoden.«

Andrews, Paul W. / Thomson, J. Anderson / Amstadter, Ananda / Neale, Michael C.: »Primum non nocere: An evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good«, in: *Frontiers in Evolutionary Psychology*, Vol. 3 (2012), Artikel 117; doi: 10.3389/fpsyg.2012.00117. Online-Publikation vom 24. April 2012

Schädliche Folgen

Durchschnittlich 20 bis 30 Jahre verminderte Lebenserwartung von Patienten mit ernststen psychiatrischen Diagnosen: aufgrund miserabler Lebensbedingungen und entsprechendem gesundheitlichen Zustand und Lifestyle sowie potenziell toxischer Psychopharmaka.

Risiken: Neuroleptisches Malignes Syndrom, maligne Hyperthermie, metabolisches Syndrom, Leberzirrhose, Agranulozytose, Thrombose, Sehnervschädigung, tardive Dyskinesie, Verminderung der Grauen Substanz der Hirnrinde und dadurch der Intelligenzwerte, Prolaktinerhöhung und Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen

Kritische Stimmen

»Interessanterweise wird in den meisten Absetzstudien zur Frage möglicher Entzugssymptome nicht Stellung genommen, offenbar weil die Studien nicht direkt auf diese Befunde ausgerichtet waren.« (S. 46)

Woggon, Brigitte: »Neuroleptika-Absetzversuche bei chronisch schizophrenen Patienten. 1. Literaturzusammenfassung«, in: International Pharmacopsychiatry, Vol. 14 (1979), Nr. 1, S. 34-56

Kritische Stimmen

»Ich sehe heute leider sehr viele zyклоide Psychosen, die durch eine Dauermedikation in einem toxisch-krankhaften Zustand gehalten werden, während sie ohne diese Medikation völlig gesund wären. Wenn man mit der Dauermedikation das Auftreten weiterer Phasen verhüten könnte, wäre sie auch in solchen Fällen gerechtfertigt, aber das ist ja leider nicht der Fall. So hält man Patienten, die zwischendurch, oft für lange Zeit, manchmal auch für immer gesund wären, in einem toxischen Dauerzustand...« (S. 3)

Leonhard, Karl: »Aufteilung der endogenen Psychosen«, 5. Auflage, Berlin: Akademie Verlag 1980

Kritische Stimmen

»In den fünfziger Jahren musste sich der psychopharmakalisch erfahrene Psychiater nach Leibeskräften einsetzen, um seine Kollegen von den Vorteilen der Arzneimittelbehandlung zu überzeugen. In den letzten Jahren ist aber der Punkt erreicht worden, wo der arzneimittelkundige Psychiater dem leidenden Patienten drastische Erleichterung geben kann, indem er das Absetzen aller antitherapeutischen Arzneimittelbehandlungen verordnet.« (S. 71)

Freyhan, Fritz A.: »Klinische Wirksamkeit und extrapyramidale Nebenwirkungen von Haloperidol«, in: Hanns Hippus / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag 1983, S. 67-75

Kritische Stimmen

»Im Rückblick auf die 25 Jahre, seit denen uns Neuroleptika zur Verfügung stehen, ist festzustellen, dass Indikationsprädiktoren für eine neuroleptische Behandlung bislang nicht gefunden wurden, aber dringend nötig wären. Es gibt offensichtlich Patienten, die auch ohne Neuroleptika symptomfrei werden, und solche, die symptomatisch bleiben, aber von einer neuroleptischen Therapie keinen Nutzen ziehen, sondern eher zusätzlich behindert werden.«

Helmchen, Hanfried: Diskussionsbemerkung, in: Hanns Hippus / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag 1983, S. 171

Kritische Stimmen

»Obwohl man unerwünschte Vorkommnisse wie Suizid, enttäuschte Patienten oder Angehörige, Verlust der Arbeit, verschlechterter Verlauf und Hirnabnormalitäten allesamt während des Medikamentenentzugs beobachten kann: In aller Regel findet sich dies alles auch bei medikamentierten Patienten unter klinischer Aufsicht.« (S. 193)

Carpenter, William T. / Tamminga, Carol A.: »Why neuroleptical withdrawal in schizophrenia?«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 52 (1995), S. 192-193

Kritische Stimmen

»Lassen wir unsere PatientInnen nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?« (S. 11)

Pirkko Lahti: Vorwort, in: Peter Lehmann (Hg.), »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 4. Auflage, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 10-12

Kritische Stimmen

»Man mag es für merkwürdig halten, wenn ein Arzt sich über das Absetzen von Psychopharmaka auslässt. Seine Aufgabe ist es doch, Medikamente zu verordnen. Ärzte lernen das. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. (...) Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langfristig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.« (Asmus Finzen, S. 16)

Finzen, Asmus / Lehmann, Peter / Osterfeld, Margret / Schädle-Deininger, Hilde / Emmanouelidou, Anna / Itten, Theodor: »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, in: Soziale Psychiatrie, 39. Jg. (2015), Nr. 2, S. 16-19

www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf

www.peter-lehmann.de/winnenden

Zwickmühle

Aus psychiatrischer Sicht

- Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) heilen nicht, Patienten brauchen Dauerbehandlung
- Risiko von Langzeitschäden, z. B. tardive Dyskinesie
- Absetzversuche aus medizinisch-juristischen Überlegungen notwendig / juristische Konsequenzen nach ungünstig verlaufenen Absetzprozessen
- Rückfallrisiko / Kein Rückfall, noch komplizierter

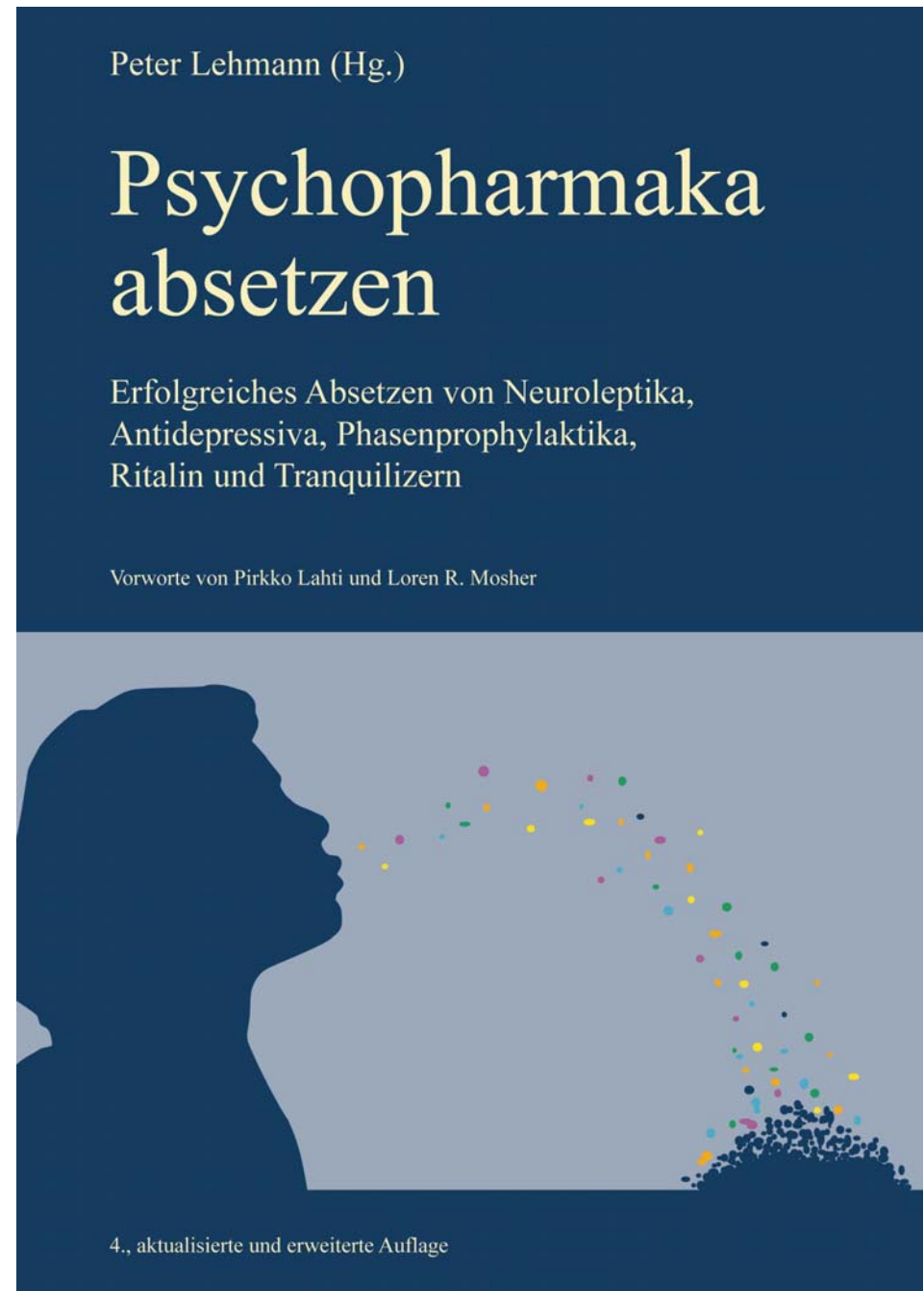
Gilbert, Patricia / Harris, Jackuelyn / McAdams, Lou Ann / Jeste, Dilip V.: »Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 52 (1995), S. 173-188

Kritische Stimmen

»Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. (...) Patient, Angehöriger und Betreuer sollten nicht nur über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Zeichen (Symptome) hierfür informiert und bezüglich der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden.« (S. 189 / 203)

DGPPN (Hg.): »Behandlungsleitlinie Schizophrenie«. Darmstadt: Steinkopff Verlag 2006; Kurzversion im Internet unter www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf

Peter Lehmann (Hg.):
»Psychopharmaka absetzen –
Erfolgreiches Absetzen von
Neuroleptika, Antidepressiva,
Phasenprophylaktika, Ritalin und
Tranquilizern«, 4., erweiterte und
aktualisierte Auflage, Berlin /
Eugene / Shrewsbury:
Antipsychiatrieverlag 2013



www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen.htm

Entzugerscheinungen

»... (1) tendieren dazu, nach dem Medikamentenentzug früher als schizophrene Verschlechterung aufzutreten,

(2) können mit anderen medizinischen Entzugssymptomen einhergehen und

(3) klingen innerhalb weniger Tage von alleine oder mit unterstützender Behandlung ab.« (S. 292)

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

Risikoverminderung beim Absetzen

Ideale Voraussetzungen beim Absetzen:

- allmähliche Dosisreduzierung, angepasste Absetzgeschwindigkeit
- verantwortungsbewusste Einstellung
- unterstützendes Umfeld
- geeignete Hilfemaßnahmen
- fähige Profis
- unterstützende Selbsthilfegruppe

Risikoverminderung beim Absetzen

Entzugsprobleme einkalkulieren

»Entzug von psychiatrischen Psychopharmaka kann eine schwierige und anspruchsvolle Erfahrung sein. Sie sollten wissen, dass der Entzug manchmal mittleres oder schweres Unbehagen und totales Gefühl von Elend mit sich bringen kann. Wenn Sie mental auf diese Situation vorbereitet sind, verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass Sie ängstlich oder entmutigt werden. Geduld und Entschlossenheit sind notwendig.«
(S. 56-57)

Network Against Psychiatric Assault (Hg.): »Dr. Caligari's psychiatric drugs«, Berkeley: Selbstverlag 1984

Risikoverminderung beim Absetzen

Vorher Ratschlag: Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis absetzen

UK, Mind Studie 2005: Ärzte und Ärztinnen am wenigsten hilfreiche Gruppe beim Absetzen

Nachher Ratschlag: sich ausgewogen informieren!
Plus Hinweis auf Indoktrination von Ärzten und Ärztinnen durch Pharmaindustrie

Read, Jim: »Coping with coming off«,
London: Mind Publications 2005

▶ www.peter-lehmann.de/absetzen

www.peter-lehmann.de/winnenden

Risikoverminderung beim Absetzen

Planen

- störende Entzugserscheinungen einkalkulieren
- Arzt oder Psychiater wechseln
- Risiko des Verlusts der Wohnung, Sozialunterstützung oder sonstiger Leistungen abklären
- richtige Jahreszeit wählen
- wohlgesinnte Personen vom Vorhaben informieren

Risikoverminderung beim Absetzen

Rechtssicherheit / Vorausverfügungen

- Was brauche ich, sollte ich wieder verrückt, depressiv, manisch, ängstlich usw. werden?
- Was tut mir dann gut? Was will ich?
- Was lehne ich ab? Was nehme ich notfalls in Kauf?
- Wo finde ich ggf. Unterstützende Personen?
- Wie kommt es überhaupt zu Krisen?

Lehmann, Peter: »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Internetveröffentlichung vom 18. Dezember 2015 – www.antipsychiatrieverlag.de/info/pt/psychpav.htm

Risikoverminderung beim Absetzen

Stressfreiheit

- Ruhige Umgebung schaffen
- Sich von wenig belastbaren Personen (oft Angehörigen) fernhalten
- Stress und aggressive Orte meiden
- Evtl. Telefon ignorieren
- Friedliche Orte aufsuchen (Meer, Land, Kloster...)

Risikoverminderung beim Absetzen

Körperliche Betätigung

- Spazierengehen, wandern, joggen, tanzen, schwimmen, Gymnastik, Aerobic (in Maßen)

Reflektieren

- Bewusst leben (Briefe schreiben, Absetztagebuch....)
- erfüllende und sinnvolle Beschäftigung
- Selbsthilfegruppe, gegenseitige Beratung
BPE: Tel. 0234 / 6 40 51 02 (Di 10-13 & 14-17)
- Freundschaften, Psychotherapie

Risikoverminderung beim Absetzen

Ernährung

- Gut essen – regelmäßig, nicht übermäßig
- Ballaststoffe, Vollwertkost, Salat, Gemüse, Obst
- viel Flüssigkeit

Verzicht auf

- nervös machende Getränke (schwarzer Tee, Kaffee, Alkohol)
- Fertiggerichte, Zucker (Bonbons, Eis, Limonaden)
Aufputschmittel & Drogen

Risikoverminderung beim Absetzen

Lindernde und abbaubeschleunigende Substanzen

- Kaffee, schwarzer Tee
- Nikotin
- Fruchtsaft, Milch

Entgiftung

- z.B. AcuPro-II-System zur Ermittlung von homöopathischen Substanzen zur Anregung des gestörten Organismus zur Regulation

Risikoverminderung beim Absetzen

Schlafstörungen überwinden

- Umweltgifte, Stress?
- Abendessen mit reichlich Kohlehydraten, Vollwertkost, nicht zu spät am Abend
- Hausmittel, z. B. Milch mit Honig
- Pflanzliche und homöopathische Medikamente
- Bachblüten, Aromatherapie
- In höchste Not kurzfristig Benzodiazepine?

Risikoverminderung beim Absetzen

»Es wird viel Tee getrunken, verschiedenste Kräutertees, zeitweilig auch viel Kaffee. Der Sandsack im Keller wird genutzt, noch häufiger die weiten Felder, die sich am Ende der Straße bis zum Nachbardorf erstrecken. Wer nachts nicht schlafen kann, bleibt wach, redet mit uns, mit anderen BewohnerInnen oder mit sich selbst, badet, hört Musik, liest, kocht sich etwas. Bei MitarbeiterInnen wie BewohnerInnen beliebt sind ausgiebige Abendspaziergänge.« (S. 284)

Kempker, Kerstin: »Absetzen im Weglaufhaus«, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen«, 4. Auflage, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 283-286

Risikoverminderung beim Absetzen

»Wir sind auf uns selbst Gestellte, aufgerufen, verantwortlich zu leben. Wir sind nicht nur von anderen Verurteilte, von anderen Geknebelte. Wir haben immer mehr Kräfte (auch Selbstheilungskräfte) zur Verfügung, als wir an dunklen Tagen glauben mögen.« (S. 150)

Besati, Olga: »Widrigkeiten«, in: Peter Lehmann (Hg.), »Psychopharmaka absetzen«, 4. Auflage, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 147-150

Risikoverminderung beim Absetzen

»Erkenne dein Leiden und sei dein eigener Therapeut – hilf dir selbst, sonst hilft dir keiner.« (Bert Gölden)

»Gemeinsam ist diesen Lösungen, dass sie meist zeitaufwendig sind und eine aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und mit den eigenen Einstellungen und Verhaltensmustern erfordern. Diese entsprechen nicht immer dem Zeitgeist (»Für jedes Problem die passende Pille!«), bieten aber langfristig einen schonenderen Umgang mit Körper und Seele.« (Constanze Meyer)

in: Peter Lehmann (Hg.), »Psychopharmaka absetzen«, 4. Auflage, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 98 bzw. S. 253

Risikoverminderung beim Absetzen

»Im Lauf der Jahre habe ich den Mut gefunden, dem in die Augen zu sehen, was ich mit all den Abhängigkeiten hatte zudecken wollen. (...) Man muss zudem den Mut aufbringen, sich einzugestehen, wie es so weit hatte kommen können.« (Wilma Boevink)

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

in: Peter Lehmann (Hg.), »Psychopharmaka absetzen«, 4. Auflage, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 105 bzw. 296f.

Risikoverminderung beim Absetzen

»Ich werde nie den Standpunkt einnehmen, dass so etwas nicht wieder passieren kann. Mir war jetzt klar, dass dieser Zustand wahrscheinlich wiederkommt, wenn ich sehr gestresst bin und wenig geschlafen habe. Mit diesem Wissen fühlte ich mich ziemlich verletzlich. Aber jetzt weiß ich, wo meine Verletzlichkeit ist, und kann mich schützen.« (S. 112)

Cohen, Oryx: »Crashkurs in Psychiatrie«, in: Peter Lehmann (Hg.), »Psychopharmaka absetzen«, 4. Auflage, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 107-113

Peter Lehmann & Peter Stastny
(Hg.): »Statt Psychiatrie 2«,
Berlin / Eugene / Shrewsbury:
Antipsychiatrieverlag 2007

Über individuelle Strategien,
organisierte Selbsthilfe,
institutionalisierte Alternativen
(unter anderem Soteria,
Diabasis, Offener Dialog,
Krisenherberge) und struktu-
relle Herangehensweisen



Alternativen zu Psychopharmaka

Alternativen zu Neuroleptika...

Empathische geduldige Begleitung durch das Personal,
Schutz vor zu vielen Reizen

Gespräche mit Mitpatienten sowie Genesungsbegleitern

Psychosoziale Hilfen und Sozialberatung (z. B. bei
Problemen im Bereich Arbeit, Wohnen, Finanzen)

Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie,
systemische Verfahren, tiefenpsychologische Verfahren)

Naturheilkundliche oder homöopathische Mittel (z. B.
Baldrian, Passionsblume), Aromatherapie, Akupunktur

Alternativen zu Psychopharmaka

... Alternativen zu Neuroleptika

Sport, Physiotherapie und Entspannungsverfahren (z. B. Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Yoga, Meditation, autogenes Training)

Kreative Therapien, Ergotherapie (Tanz-, Musik-, Kunst- oder Beschäftigungstherapie, spezielle Ernährungsmaßnahmen)

Kommunikation mit wohlwollenden Vertrauenspersonen fördern, ggf. auch durch soziale Medien (z. B. Skype oder E-Mails)

Alternativen zu Psychopharmaka

Alternativen zu Antidepressiva

Wie zuvor, zudem

Naturheilkundliche oder homöopathische Mittel
(Johanniskraut), Lichttherapie, Schlafentzug

Sport, körpereigene Drogen mit
Endorphinausschüttung, Biofeedback-Therapien,
Achtsamkeitstraining, sanfte Massagen
(z. B. einstündige Massage bei entspannter
Hintergrundmusik), Spaziergänge in der Natur

Kontakt

Peter Lehmann

Eosanderstr. 15

10587 Berlin

Tel. 030 / 85 96 37 06

www.peter-lehmann.de

mail@peter-lehmann.de



www.peter-lehmann.de/absetzen

www.peter-lehmann.de/winnenden