

Psychopharmaka absetzen – warum, wann und wie

Im Rahmen der DGSP-Jahrestagung 2014 in Bremen organisierten Asmus Finzen und Peter Lehmann ein Symposium, für dessen inhaltliche Ausrichtung sie verantwortlich zeichneten: »Psychopharmaka absetzen – warum, wann und wie«. Die Podiumsteilnehmer des Symposiums haben ihren dort gehaltenen jeweiligen Beitrag für »Soziale Psychiatrie« zusammengefasst.* **VON ASMUS FINZEN, PETER LEHMANN, MARGRET OSTERFELD, HILDE SCHÄDLE-DEININGER, ANNA EMMANOUELIDOU UND THEODOR ITTEN**

Die gesundheitlichen Risiken psychiatriischer Psychopharmaka (Defizit-Syndrom, metabolisches Syndrom, tardive Dyskinesien, erhöhte Apoptose und erhöhte Sterblichkeit vor allem bei Neuroleptika bzw. Verabreichung von Kombinationen) nehmen im Verlauf der Einnahme stetig zu. Die Hälfte aller Psychiatriepatienten entscheidet sich, die ärztlich verordneten Psychopharmaka von sich aus abzusetzen. Rezeptorenveränderungen, Entzugs-, Rebound- und Supersensitivitätssymptome bei allen Arten von Psychopharmaka machen das Absetzen oft zum Problem, insbesondere wenn die Betroffenen die Risiken beim zu schnellen Absetzen nicht kennen. Aber auch für die Mehrzahl psychiatrisch Tätiger stellen Absetzwünsche und -probleme Herausforderungen dar, denen sie bisher nicht gewachsen sind, fehlt es doch an Kenntnissen, wie Entzugsprobleme gemindert werden können.

Psychopharmaka würden gedankenlos, in paternalistischer Manier und oft unnötig gegeben, um eine nicht identifizierbare »Krankheit« zu heilen, schrieb Loren Mosher. In der Eile, »etwas zu tun«, missachte man den hippokratischen Eid (in erster Linie keinen Schaden zufügen). Doch Ärzte seien nur Doktoren der Medizin, keine Medizingötter, und im Gegensatz zu richtigen Göttern müssten sie sich für ihre Taten zur Rechenschaft ziehen lassen (Mosher 2013).

Insbesondere die handelsüblichen Kaskaden von Psychopharmakakombinationen erfordern viel Umsicht beim Absetzen. Nonchalantes Wegschauen ist üblich, aber keine Lösung. Es wird Zeit, Ärzte zur Rechenschaft zu ziehen, die ihre Patienten im Stich lassen und weggeschicken, wenn sie absetzen wollen. Ebenso muss erfahrungsbasiertes Wissen, wie Psychopharmaka abgesetzt werden können, ohne gleich wieder im Behandlungszimmer des Arztes oder in der Klinik zu landen, systematisch gesammelt und erweitert werden. Es soll zur Aus- und Fortbildung im psychosozialen Bereich und in Selbsthilfegruppen verwendet und den Betroffenen und ihren unterstützungswilligen Angehörigen zur Verfügung gestellt werden.

PETER LEHMANN, ASMUS FINZEN

Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht

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. In Zeiten, in denen die Langzeitmedikation nicht nur in der Psychiatrie bei vielen Krankheiten (Blutdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes) zur Regel geworden ist, ist das ein Mangel. Und nicht ganz selten ist es fragwürdig, ob eine langzeitige Medikamentenbehandlung wirklich geboten ist. Insbesondere in der Psychiatrie kommen immer wieder Zweifel auf, die allerdings häufiger von Behandelten als von Behandelnden artikuliert werden. Viele Patienten machen die Erfahrung, dass ihre Ärzte nicht auf ihre Klagen und Wünsche hören, wenn sie meinen, man könne es doch auch einmal ohne Medikamente versuchen.

Ich will an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wann und wie lange Psychopharmaka unter welchen Bedingungen notwendig sind oder nicht. Hier geht es darum, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen. Behandelnde Ärzte reagieren darauf immer noch allzu häufig verstockt. 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 langzeitig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist. Er kann ihm davon abraten. Er ist sogar verpflichtet, aufgrund seiner beruflichen Erfahrungen den Patienten darüber aufzuklären, welche Risiken dieser durch den Verzicht auf seine Medikamente auf sich nimmt. Der Patient entscheidet. Wenn der Arzt ihn beraten hat, ist der Patient frei, auch Entscheidungen zu treffen, die der Arzt für unklug hält. Selbst wenn die Entscheidung »dumm« ist, kann der Arzt letzten Endes nichts tun, als ihm dabei zu helfen, dass er dabei keinen Schaden



Asmus Finzen

nimmt. Der Patient nimmt dann die Risiken, die damit verbunden sind, in Kauf. Der Arzt kann dazu beitragen, diese zu vermindern, indem er die Phase des Absetzens begleitet, um auf diese Weise unnötige Risiken zu minimieren. Denn jeder, der länger Medikamente, insbesondere Psychopharmaka, eingenommen hat, sollte unbedingt vermeiden, von heute auf morgen mit der Einnahme aufzuhören. Es bedarf einer Strategie der allmählichen Dosisreduktion, bis schließlich nach Wochen bis Monaten ganz auf die Medikamente verzichtet werden kann. Den Plan dazu sollte der Patient gemeinsam mit seinem behandelnden Arzt ausarbeiten können. Selbst wenn dieser mit seiner Warnung recht hat, kann das Ergebnis eines Absetzversuches sinnvoll und fruchtbar sein. Er kann die Voraussetzung dafür sein, im Gespräch über die künftige Behandlung ein gemeinsames Konzept zwischen Arzt und Patient zu entwickeln. ■

ASMUS FINZEN

Psychopharmaka absetzen, um alt zu werden

Schon ab Mitte der 1950er-Jahre wiesen Ärzte auf die Toleranzbildung beim Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin hin. Diese sei nicht zu vermeiden und trete vorwiegend bei niederpotenten Neuroleptika auf, auch

bei relativ niedriger Dosierung. Entzugserscheinungen bei Neuroleptika und Antidepressiva würden sich in nichts von Entzugsproblemen bei Alkaloiden (Morphium gehört zu dieser Substanzgruppe) und Schlafmitteln unterscheiden, warnte Mitte der 1960er-Jahre Rudolf Degkwitz, späterer DGPN-Präsident. Bei einem unbekannten Teil der chronisch Behandelten sei das Absetzen wegen der unerträglichen Entzugsscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich. Doch ohne über Abhängigkeitsrisiken aufzuklären, verordnen Ärzte unentwegt diese Substanzen – ein zivil- und strafrechtlich relevanter Tatbestand. In Einklang mit den Interessen der Pharmaindustrie und anderer psychoedukativer Mitläufner leugnen sie das Abhängigkeitsrisiko.

Ob Psychiatriebetroffene ihre Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzen, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgsschancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das Ergebnis einer 2005 in England und Wales veröffentlichten Studie von MIND (vergleichbar der DGSP). Als hilfreich erwiesen sich der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation oder Bewegung. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen würden.



Peter Lehmann

Ärzte wurden als die am wenigsten hilfreiche Berufsgruppe beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man jetzt auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.

Wichtig ist es, sich vom lähmenden und einfältigen biologischen Krankheitsverständnis zu trennen und sich konstruktiv mit dem »Sinn des Wahnsinns« auseinanderzusetzen. Das Auftreten einer ‚psychischen Krankheit‘ sei ein Signal, das die Notwendigkeit von Veränderungen im eigenen Leben anzeige, schrieb Maths Jesperson aus Schweden: »Verrücktheit ist keine Krankheit, die es zu kurieren gilt. Meine Verrücktheit trat ein, um von mir ein neues Leben einzufordern. Die Qualen waren einerseits Signale, dass der damalige Zustand meines Lebens nicht gut war, und andererseits die Triebkraft, die mich zwang, aus meiner unerträglichen bzw. sinnlosen Lebenssituation herauszugehen und den Weg zu einem authentischeren Leben zu suchen. Ohne diesen inneren Zwang der Verrücktheit wäre ich nicht von der Stelle gekommen. Psychopharmaka dagegen blockieren diese Triebkraft, unter ihrer Wirkung bliebe man für immer in Leiden und Verrücktheit stecken« (2013, S. 71).

Da es die Diagnose der Antidepressiva- oder Neuroleptika-Abhängigkeit noch nicht gibt, finanzieren Krankenkassen weder stationäre Aufenthalte zum Absetzen noch Reha-Maßnahmen. Höchste Zeit, dass sich Psychiatriebetroffene ihrer eigenen Kräfte und psychosozial Tätige ihrer Verantwortung bewusst werden, sich Kenntnisse über das Absetzen von Psychopharmaka aneignen und – angesichts der um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verminderten Lebenserwartung Psychiatriebetroffener – Maßnahmen zur Überwindung der desaströsen Situation im psychosozialen Bereich unternehmen. ■

PETER LEHMANN

Eigene Erfahrungen mit ärztlicher Pflichtverletzung

Fern von Leitlinien jeder Art greifen Ärzte immer häufiger zu mutigen, wenn nicht wilden Psychopharmakakombinationen, deren Wirkungen die Patienten erdulden und erleiden müssen.

Meine inzwischen vierzehn Jahre zurückliegende eigene Erfahrung betrifft die Einnahme von Benzodiazepinen, Antidepressiva und Phasenprophylaktika. Schlimm war für mich, dass im Jahr 2000 vier Mal in fünf Wochen versucht wurde, mein Selbstbestimmungsrecht durch Gerichtsbeschlüsse außer Kraft zu setzen, nur um mich zur Einnahme eines Medikamentes (Gabapentin) zu nötigen, das bis heute für psychiatrische Indikationen nicht zugelassen ist. Die Klinik nahm wohl an einer Studie teil, dies bedeutet, sie



Margret Osterfeld

bekommt zusätzliches Geld von der Pharma-industrie für jeden Patienten, den sie in die Studie einschließt. So schnell kann man in der Psychiatrie zum Versuchskaninchen werden. Mein Vertrauen zu dieser Art der Behandlung wurde empfindlich gestört. Erst Monate später fand ich eine hilfreichere Einrichtung, die mich irgendwann mit drei verschiedenen Medikamenten »gebessert« entließ. Das verordnete Benzodiazepin setzte ich damals zwei Tage nach der Entlassung ab, die Entscheidung, mich von dem Antidepressivum zu befreien, dauerte etliche Monate. Sie wurde mit deutlich größerem Wohlbefinden belohnt, mich quälten keine Verdauungsprobleme mehr, und die Stimmung verschlechterte sich auch nicht. Das Phasenprophylaktikum Lithium nahm ich brav sieben Jahre lang, ich wollte meine Berufstätigkeit nicht durch häufige Fehlzeiten gefährden. Doch vor nun sieben Jahren setzte ich auch dieses Psychopharmakon ab – wie die anderen alleine und ohne ärztliche Begleitung. Heute schaue ich auf sieben medikamentenfreie Jahre zurück: genesen von einer angeblich chronischen Krankheit und wieder ganz ich selbst. Entgegen der tradierten Lehrbuchmeinung lässt sich auch Lithium absetzen, psychiatrische Hilfe habe ich seitdem nicht mehr gebraucht.

Wenn Ärzte nicht bereit sind, Reduktions- und Absetzwünsche von Patienten fachlich zu begleiten, verletzen sie – aus meiner Sicht als ehemaliger Ärztin sowie als ehemaliger Psychiatriepatientin – ihre Pflicht, Selbstbestimmung der Patienten zu respektieren und die eigene fachliche Tätigkeit an deren Wohl auszurichten. Dies betone ich vor allem, weil Psychopharmaka keine Heilmittel sind, sie können lediglich Symptome unterdrücken. Die ersten Schritte auf einem individuellen Genesungsweg mögen dadurch durchaus leichter werden, doch dauerhafte Einnahme-verpflichtung ist keine erfolgversprechende Vorgehensweise. ■

MARGRET OSTERFELD