Peter Lehmann

65 Jahre nonchalantes Wegschauen – Diskussion um die unterlassene Hilfe beim selbstbestimmten Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka im historischen Rückblick

»Psychose-Begleitung und Neuroleptika« – Tagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Katholisch-Soziales Institut, Bad Honnef

3. 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

Keine Entzugserscheinungen?

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

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

Keine Entzugserscheinungen?

»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. (...)

Keine Entzugserscheinungen?

... 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

Keine Entzugserscheinungen?

»Bei Dosen über 13,3 mg/kg Chlorpromazin führte das spontane Absetzen des Medikamentes (bei Kaninchen – P.L.) innerhalb von 14 Tagen zu einem plötzlichen Tod, der wahrscheinlich darauf zurück-zuführen war, dass die irreversibel blockierten Stoffwechselvorgänge zusammenbrachen (ähnliche Beobachtungen am Menschen sind in der Literatur beschrieben worden; der Tod erfolgte hier nach einem kurzen Krampfstadium).« (S. 487)

Sommer, Helma / Quandt, Jochen: »Langzeitbehandlung mit Chlorpromazin im Tierexperiment«, in: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, 38. Jg. (1970), S. 466-491

Keine Entzugserscheinungen?

Mögliche Entzugssymptome bei Neuroleptika

Angst- und Verwirrtheitszustände, Halluzinationen, Reboundeffekte, Supersensitivitätspsychosen

Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Alpträume, Taubheits- und Geschmacksstörungen

Schweißausbrüche, Tachykardien, Herzklopfen, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall

Muskel- und Bewegungsstörungen etc.

Keine Entzugserscheinungen (NL)?

»Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungserscheinungen 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 Neurolepticis«, in: Der Nervenarzt, 36. Jg. (1965), S. 173-175

Keine Entzugserscheinungen?

Mögliche Entzugssymptome bei 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

Entzugserscheinungen

»... (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

Keine Entzugserscheinungen 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

Keine Toleranzbildung?

»Entziehungssymptome bzw. eine körperliche Abhängigkeit ergaben sich insbesondere bei kombinierten Neuroleptica/Antiparkinsonmittel-behandlungen. (...) 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 Drogen-abhängigkeit 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

Keine 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 antipsychotischen 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

Keine 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

Keine 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

Keine Toleranzbildung?

»In der Mitte der 60er Jahre kam in der psychiatrischen Forschung eine recht beunruhigende Diskussion auf. Eine Reihe von Beobachtern meinten gesehen zu haben, dass Krankheitsphasen bei ihren endogen depressiven Patienten in zunehmendem Ausmaß nicht mehr richtig aufhörten, sondern es notwendig erscheinen ließen, die antidepressive Medikation weiter und weiter zu führen. Immer, wenn man sich entschloss, nun endlich einen Schnitt zu machen und den Patienten ohne die Krücke der Medikamente leben zu lassen, stellte sich das depressive Zustandsbild wieder ein und forderte gebieterisch nach .....

Keine Toleranzbildung?

... Wiederaufnahme der Medikation. Nun hätte man sich zufrieden geben können bei dem Gedanken, hier sei eben eine längere Phase im Gang, wenn nicht frühere Phasen der gleichen Patienten wesentlich kürzer gedauert hätten. Es kam der Verdacht auf, diese ungewöhnliche Verlängerung von Phasen sei möglicherweise das Ergebnis der Medikation mit anti-depressiven Mitteln selbst. Die Diskussion klang schließlich ohne eine wirkliche Entscheidung wieder ab....« (S. 124f.)

Irle, Gerhard: »Depressionen«, Stuttgart: Kreuz Verlag 1974

Keine 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.« (S. 144)

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

Keine Toleranzbildung?

»Es ist ein Prinzip der evolutionären Medizin, dass die Störung entstandener Anpassungsprozesse biologische Funktionen schwächt. Da Serotonin viele Anpassungs-prozesse reguliert, könnten Antidepressiva viele unerwünschte gesundheitliche Wirkungen haben. Während Antidepressiva in bescheidener Weise depressive Symptome reduzieren, steigern sie beispiels-weise 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

Keine Abhängigkeit?

Hans-Jürgen Möller, ehemaliger Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik München und Vorsitzender der Sektion Pharmakopsychiatrie der World Psychiatric Association (WPA), schreibt:

»Im Vergleich zu den Benzodiazepinen haben die Neuroleptika den großen Vorteil, dass sie nicht zur Abhängigkeit führen. Genau das Problem, das die zu breite Anwendung der Benzodiazepine so fragwürdig macht, tritt also gar nicht auf.« (S. 386)

Möller, Hans-Jürgen: »Neuroleptika als Tranquilizer: Indikationen und Gefahren«, in: Medizinische Klinik, 81. Jg. (1986), S. 385-388

Keine Abhängigkeit?

»Von den folgenden Firmen hat Herr Professor Möller Forschungsgelder erhalten, ist Mitglied des Advisory Boards oder aber erhält Honorare für Vorträge: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eisai, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Jans-sen Cilag, Lundbeckd, Merck, Novartis, Organon, Pfizer, Sanofi-Aventis, Sepracor, Servier and Wyeth.« (S. 514)

Möller, Hans-Jürgen: »Unipolare depressive Erkrankungen«, in: Der Nervenarzt, 80. Jg. (2009), S. 513-514; im Internet unter http://paperity.org/p/9822055/unipolare-depressive-erkrankungen

Keine Toleranzbildung? Keine Abhängigkeit?

Übersichtsartikel

Nielsen, Margrethe / Hansen, Ebba Holme / Gøtzsche, Peter C.: »What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors«, in: Addiction, Vol. 107 (2012), S. 900-908; im Internet enthalten in http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/theses/Nielsen%20PhD.pdf

Keine schädlichen Folgen?

Durchschnittlich 20 bis 30 Jahre verminderte Lebens-erwartung von Patienten mit ernsten psychiatrischen Diagnosen: aufgrund miserabler Lebensbedingungen und entsprechendem gesundheitlichen Zustand und Livestyle 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 Intelligenz-werte, Prolaktinerhöhung und Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»Interessanterweise wird in den meisten Absetz-studien 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

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»Die beste Behandlung momentan ist das schrittweise Absetzen der Neuroleptika und ihr Ersatz durch Tranquilizer, um die Angst zu lindern. Das Potenzial der Neuroleptika, tardive Dyskinesien zu verursachen, ist eine ernstzunehmende Komplikation bei einer beträchtlichen Zahl von Patienten und sollte bei allen Patienten einen Absetzversuch nahelegen.« (S. 6)

Simpson, George M.: »Neurotoxicity of major tranquilizers«, in: Leon Roizin / Hirotsugu Shiraki / Nenad Grcevic (Hg.): »Neurotoxicology«, New York: Raven Press 1977, S. 1-7

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»Ich sehe heute leider sehr viele zykloide 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

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»In den fünfziger Jahren musste sich der psycho-pharmakaerfahrene 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 Arzneimittel-behandlungen verordnet.« (S. 71)

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

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»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 Hippius / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag 1983, S. 171

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»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

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»Absetzen von Medikamenten kann die beste klinische Entscheidung sein und in einem signifikanten klinischen Nutzen einschließlich einer Reduktion der Fallneigung resultieren. (...) Es ist auch immer daran zu denken, dass eine Möglichkeit, Medikamente abzusetzen, die ist, mit dem Medikament erst gar nicht anzufangen.« (S. 29/32)

Witzke-Gross, Jutta: »Absetzen von Medikamenten bei älteren Patienten – aber wie?«, in: KV (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) / KVH aktuell (Informationsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen) – Pharmakotherapie: Rationale Pharmakotherapie in der Praxis, 15. Jg. (2010), Nr. 4, S. 29-32

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»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

Einhellige Meinung der Mainstreampsychiatrie?

»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 langzeitig 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

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

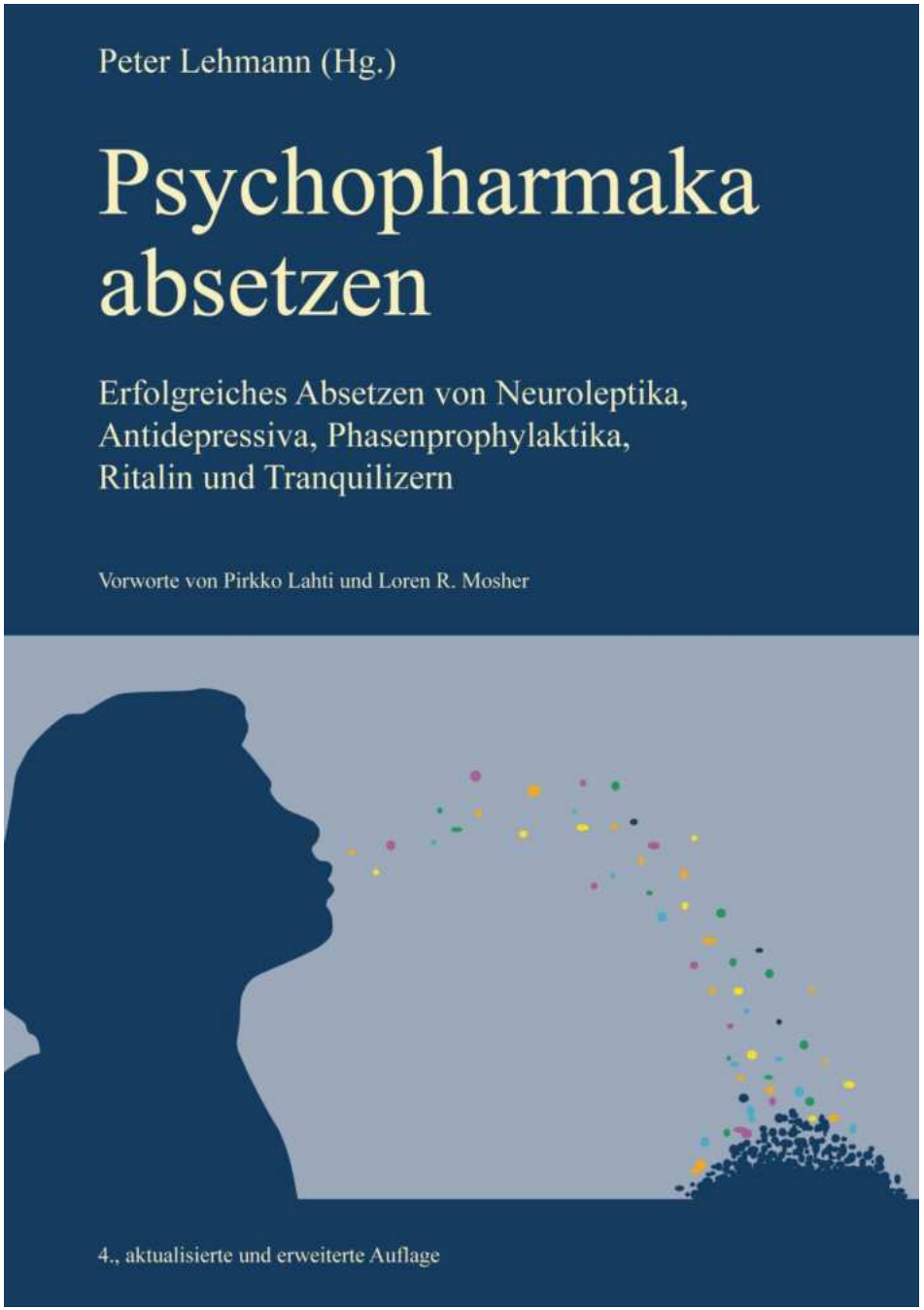
Zwickmühle

Aus psychiatriekritischer Sicht

- öffentliche kritische Haltung zu vorgegebenen Lehrmeinungen nicht kompatibel mit Wunsch nach Karriere und komfortablem Arbeitsplatz
- mangelnde Zivilcourage
- Glauben an Autoritäten
- allgemeines Desinteresse

▶ www.peter-lehmann.de/absetzen

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

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

Caras, Sylvia: »Doing without drugs«, Santa Cruz 1991

Rufer, Marc: »Unterstützung bei Verrücktheitszuständen und beim Entzug psychiatrischer Psychopharmaka«, Vortrag beim Kongress »Alternativen zur Psychiatrie«, Veranstalter: Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen und Netzwerk Arche, Berlin, 19.-21.10.1990

Ochsenknecht, Anna: »Die seelische Balance – Pflanzenheilkundliche Unterstützung bei psychischen Problemen und beim Entzug von Psychopharmaka«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin 1993, S. 82–94

Lehmann, Peter (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Carbamazepin, Lithium und Tranquilizern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1998

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**

Risikoverminderung beim Absetzen

- Arzt wechseln (oder gegebenenfalls ignorieren)
- Rechtssicherheit / Vorausverfügungen

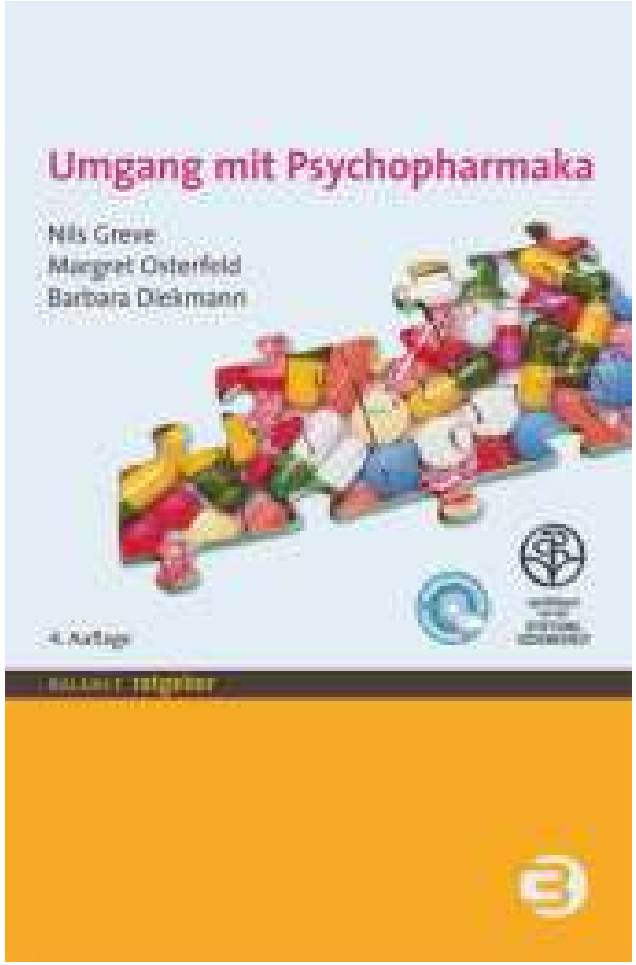
  Lehmann, Peter: »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Internetveröffentlichung vom 18. Dezember 2015 – www.antipsychiatrieverlag.de/info/pt/psychpav.htm

- Vielfältig Informieren
- Augen auf auch in Selbsthilfe und Psychotherapie (Dogmatismus, Patentrezepte, Halbwissen, Psychoedukation / Gehirnwäsche)

Risikoverminderung beim Absetzen

»EKT ist hinsichtlich der Ansprechrate den anti-depressiven Medikamenten überlegen.« (S. 40)

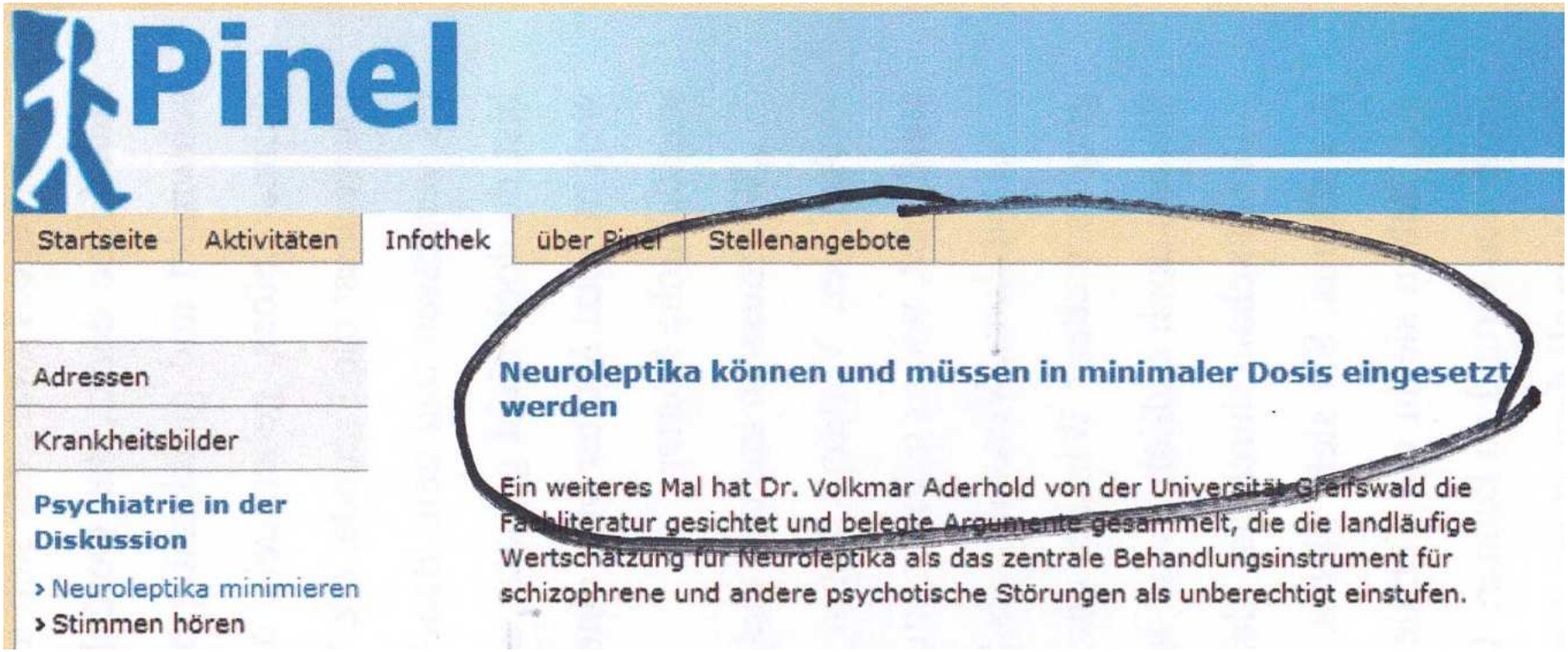
Greve, Nils / Osterfeld, Margret / Diekmann, Barbara: »Umgang mit Psychopharmaka«, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2006



Risikoverminderung beim Absetzen

»Neuroleptika können und müssen in minimaler Dosis eingesetzt werden«

(www.pinel-online.de/index.php?id=573)



Risikoverminderung beim Absetzen

V15.81 (Z91.1) – Nichtbefolgen von Behandlungs-anweisungen

»Die Gründe für das Nichtbefolgen können sein: Beschwerden aufgrund der Behandlung (z. B. Medikamentennebenwirkungen); Kosten der Behandlung; Entscheidungen bzgl. der Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Behandlung aufgrund persönlicher Werturteile oder religiöser oder kultureller Anschauungen; problematische Persönlichkeitszüge oder Bewältigungs-stile...« (S. 808)

»Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR«, Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe 2003

Was es bräuchte

- Reflexion der Gründe für 65 Jahre Wegschauen
- Psychiatrisch Tätige mit Zivilcourage (Publikationen, stationäre Angebote, Whistleblower)
- Aufklärung über Risiken und Alternativen
- Gerichtsentscheid zwecks Anspruchbegründung (stationäre Hilfen, Reha, Schadenersatz)
- Schutz vor *Vom Regen in die Traufe* (Elektroschocks)
- Anreize für Nichtverabreichung von Psychopharmaka (Aushänge, Internet, Broschüren)
- Vorträge von Experten aus Erfahrung
- Interprofessionelle Zusammenarbeit (inkl. Betroffene)

Kritische Stimme?

»In Absprache mit dem behandelnden Arzt können möglicherweise für einen eng begrenzten Zeitraum Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) mit kurzer Halbwertszeit verschrieben werden. Sie dürfen jedoch nicht dauerhaft an die Stelle des abgesetzten Medikaments treten, da sie abhängig machen.« (S. 37)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (Hg.): »Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen«, Köln: Selbstverlag 2014
www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/ReduktionNeuroleptika_2014_web.pdf

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/bad-honnef**