

Überarbeitetes Referat bei der Veranstaltung "Interessenvertretung in der Psychiatrie – Peers als neuer Weg", veranstaltet von "Oase – Power to the People, Verein für alle von Psychiatrie Betroffenen" (Ried) in Kooperation mit dem Land Oberösterreich und dem Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP) in Ried, 23. November 2002 im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried im Innkreis

---

[Peter Lehmann](#)

## **Psychopharmaka absetzen gegen die psychiatrische Übermacht – Was können die einzelnen Betroffenen angesichts der unterlassenen Hilfeleistung tun?**

Selbsthilfe von Psychiatriebetroffenen hat viele Facetten. Selbsthilfe beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka ist eine dieser Facetten.

Psychopharmaka können abhängig machen. Der Entzug kann die Betroffenen vor schwere Probleme stellen. Hilft ihnen niemand beim Absetzen, was bleibt ihnen dann anderes übrig, als sich wie Münchhausen selbst aus dem Sumpf psychopharmakologischer Abhängigkeit zu befreien?

### **Warnungen von Psychiatern und Psychologen**

Rudolf Degkwitz, ehemals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, verglich vor fast vier Jahrzehnten die Entzugerscheinungen von Psycholeptika (Neuroleptika und Antidepressiva) mit denen von Alkaloiden; zu dieser Wirkstoffgruppe gehört z.B. Morphinum. Auch Schlafmittel gelten als Substanzen mit dem Risiko der Medikamentenabhängigkeit, und es ist bekannt, dass ihr Entzug mit lebensgefährlichen Krampfanfällen verbunden sein kann. Degkwitz warnte:

"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." (Degkwitz 1967, S. 161)

Der Organismus stellt sich im Verlauf der Behandlung (z.B. mit Neuroleptika) auf die veränderte Stoffwechsellage ein. Auf diese abhängig machende Wirkung bezogen sich Degkwitz und sein Kollege Otto Luxenburger, als sie schon 1965 ihre Kollegen informierten:

"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." (Degkwitz / Luxenburger 1965, S. 174f.)

35 Jahre später schrieb die Psychologin Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health, in ihrem Vorwort zu dem Buch "Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern":

"Diagnosen und Indikationen führen oft zur Behandlung mit Psychopharmaka, die langwierig sein kann. Wer kann vorhersagen, ob die Psychopharmaka – wenn die Zeit kommt – problemlos abgesetzt werden können? Von Tranquilizern, besonders von Benzodiazepinen, kennen wir die abhängig machende Wirkung bereits. Absetzen ohne therapeutische Hilfe und ohne Kenntnisse über die Risiken kann einen dramatischen Verlauf nehmen. Welche Risiken gibt es beim Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium? Welche Bedingungen können zu einem schnellen Rückfall nach dem Absetzen führen? Hörten wir nicht schon von psychopharmakabedingten Absetzproblemen, von Rezeptorenveränderungen, Supersensitivitäts- und Absetzpsychosen? Wer kann Rückfälle von verdeckten Entzugsproblemen unterscheiden? Welche Bedingungen unterstützen ein erfolgreiches Absetzen – erfolgreich in dem Sinn, dass die PatientInnen danach nicht sofort wieder im Behandlungszimmer des Arztes sitzen, sondern frei und gesund leben, so wie wir uns das alle wünschen? 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)?" (Lahti 2002, S. 9f.)

## Entzugsprobleme

Schlafstörungen, Toleranzbildung, Rezeptorenveränderungen, Absetzpsychosen usw. sind Risiken, mit denen man speziell beim abrupten Entzug von psychiatrischen Psychopharmaka rechnen muss. Da im allgemeinen Psychiater nicht über diese Risiken informieren und Psychiatriebetroffenen, wenn diese einen eigenen Entschluss zum Absetzen treffen, jegliche Hilfeleistung verweigern, müssen sich die Betroffenen selbst helfen. Dabei haben sie das Risiko einzukalkulieren, dass die Probleme, die zur Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka geführt haben, zurückkehren können (Lehmann 1996a, S. 99ff.; 1996b, S. 353ff.).

Einige Psychiatriebetroffene besitzen ein beträchtliches Wissen, wie man die Risiken verkleinern kann. Ein Patentrezept für absolut sicheres Absetzen gibt es allerdings nicht. Eventuell müssen Psychopharmaka stufenweise und – wenn nötig – mit ärztlicher Begleitung reduziert werden. Möglichkeiten, psychiatrische Psychopharmaka und speziell Neuroleptika stationär in beschütztem Rahmen abzusetzen, werden den Betroffenen vorenthalten.

Egal wie die äußeren Bedingungen beim Entzug von psychiatrischen Psychopharmaka sein mögen, es gilt, sich selbst aus dem psychopharmakologischen Sumpf zu befreien. Geduld, Entschlossenheit und Wissen über die Risiken und Möglichkeiten des Absetzens sind die zentralen Voraussetzungen fürs Gelingen. Mitarbeit in Selbsthilfegruppen, soziale

Beziehungen, Zugang zu relativ unschädlichen Substanzen zur Linderung schwerer Entzugssymptome, angemessene psychotherapeutische Hilfe sowie ein desillusionierter Blick auf die Psychiatrie sind hilfreiche Komponenten beim eigenverantwortlich durchgeführten Absetzen. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen beschließen im selben Umfang wie Menschen mit medizinischen Diagnosen – nämlich in ca. 50 % –, verordnete Medikamente und Psychopharmaka nicht (weiter) einzunehmen. Ihrerseits besteht ein starkes Interesse, mit geeigneten Mitteln und Vorgehensweisen Absetzprobleme und sogenannte Rückfälle zu verhindern bzw. die Risiken und Gefahren zu minimieren.

## **Organisierte Selbsthilfe**

Selbstorganisierte Hilfe, Beratung durch sogenannte Peers – Gleiche, d.h. Menschen mit vergleichbarem Erfahrungshintergrund – sind Faktoren, Rückfallrisiken zu vermindern und Entzugsprobleme zu verkleinern. Warnungen vor überschnellem, abruptem Absetzen wirken glaubhafter, wenn sie von Betroffenen mit entsprechenden Erfahrungen ausgesprochen werden. Für eine sinnvoll praktizierte Selbsthilfe sind allerdings Rahmenbedingungen nötig, wie sie der in Berlin ansässige Verein "Für alle Fälle e.V." beispielhaft formuliert hat.

"Viele sogenannte psychisch Kranke erleben die bestehenden psychiatrischen Hilfen mit ihren allgemeinen, unpersönlichen und stigmatisierenden Erklärungsmodellen für sich jedoch nicht als Hilfe und lehnen sie zum Teil ganz ab. Kaum ein professioneller Mitarbeiter einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle hat Zugang zu den lebenspraktischen Erfahrungen und Lösungsstrategien, mit einer Krise umzugehen, welche Psychiatriebetroffene erarbeitet und zusammengetragen haben. Für die Gruppe der Psychiatriebetroffenen bedarf es eines Hilfsangebots, das von einer unterstützenden Ermutigung im Sinne des Empowerment geprägt ist. Denn besonders in und nach psychiatrisch-psychischen Krisen und den damit verbundenen psychiatrischen (Zwangs-)Maßnahmen erfahren viele Betroffene Vertrauensverlust, Zurückweisung und Unverständnis und erleben Zustände von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Resignation und Rückzug. Die Praxiserfahrungen unserer Vereinsmitglieder im Berliner Weglaufhaus zeigen, dass es möglich ist, den oben geschilderten Teufelskreis zu durchbrechen, dass die Mitarbeit von Menschen, die selber Psychiatrisierung erfahren und verarbeitet haben, besonders hilfreich und ermutigend ist, dass ein betroffenenorientierter Ansatz von Psychiatriebetroffenen sehr erfolgreich angenommen wird. Ein psychiatrieunabhängiges, von Betroffenen kontrolliertes Aufklärungs-, Beratungs- und Selbsthilfeangebot zu für Psychiatriebetroffene wichtigen Themen ist dringend erforderlich." (Für alle Fälle e.V. 2002, S. 3)

Inhalte einer organisierten Selbsthilfe sind alle für Psychiatriebetroffene wichtigen Themen, insbesondere

- Umgang mit Krisensituationen

- vorhandene psychosoziale Angebote
- Selbsthilfegruppen von Psychiatriebetroffenen
- Behandlungsrisiken und mögliche Alternativen
- aufgeklärter selbstbestimmter Umgang mit Psychopharmaka
- Möglichkeiten von Vorausverfügungen
- Rechtslage bei Betreuungsverhältnissen, Zwangsbehandlung usw.
- Möglichkeiten der Akteneinsicht

Einzelberatung, Gruppengespräche und Informationsangebote sowohl für Betroffene selbst als auch für ihre FreundInnen und Angehörige markieren den erheblichen Umfang von Selbsthilfetätigkeit.

### **Politische Förderung von Selbsthilfe**

Der Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in psychiatriepolitische Entscheidungen wird von PolitikerInnen in der Regel nur wenig Beachtung geschenkt. Auf welcher Stufe innerhalb der europäischen Gemeinschaft und der Anwärtstaaten für die EG-Erweiterung sich das Mitspracherecht Psychiatriebetroffener befindet, zeigen Zahlenverhältnisse und Entscheidungsabläufe. Bei der Konferenz "Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care" ("Ausgewogene Förderung von psychischer Gesundheit und psychiatrischer Betreuung"), einer gemeinsamen Veranstaltung der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der Europäischen Kommission in Brüssel im April 1999, war neben schätzungsweise 70 psychiatrisch Tätigen, Regierungs- und anderen Verbandsvertretern auch ein Repräsentant des European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) eingeladen.

Das 1991 von 39 Delegierten aus 16 europäischen Ländern gegründete Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen ([www.enusp.org](http://www.enusp.org)) hat mittlerweile nationale und unabhängige Organisationen aus fast allen europäischen Ländern integriert. Ziel ist die Verbesserung von deren Rechten und Lebensbedingungen. Das Netzwerk, eine nichtstaatliche und gemeinnützige Organisation, beschäftigt sich mit den sozialen Belangen, dem Recht auf Wohnraum, Arbeit und Einkommen sowie der Forderung nach Menschenrechten unabhängig von psychiatrischen Diagnosen. Es berät die Europäische Kommission sowie die Weltgesundheitsorganisation (Roth 2000).

Sämtliche Vorschläge von ENUSP auf der erwähnten Konferenz von 1999 hinsichtlich der Ziele und Strategien einer besseren Förderung von psychischer Gesundheit und Betreuung wurden allerdings rundherum abgelehnt..... sollten rundherum abgelehnt werden, was angesichts des Zahlenverhältnisses der Anwesenden einfach schien. Niemand der beteiligten Personen hatte es für nötig befunden, die ENUSP-Position, insbesondere die geforderte Stärkung von Selbsthilfemethoden, zu unterstützen. Auch seitens EUFAMI, der europäischen Organisation der Eltern psychiatrisch Betroffener, kam keinerlei Fürsprache zur Unterstützung von Selbsthilfemethoden. Erst nach deutlicher Kritik seitens ENUSP und mit freundlicher Unterstützung der Repräsentanten der Europäischen Union, Alexandre Berlin

und Horst Kloppenburg, wurden einige der ENUSP-Positionen in das Consensuspapier integriert, zum Beispiel die

- aktive Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in die Psychiatriepolitik
- Förderung von Selbsthilfeansätzen und nicht-stigmatisierenden, nicht-psychiatrischen Ansätzen und
- Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zur Stärkung der Menschenrechte (World Health Organization / European Commission 1999, S. 9f.).

Selbsthilfe gibt es nicht zum Nulltarif. Peerberatung wird gebraucht auf regionaler und lokaler Basis. Nötig ist eine Infrastruktur mit Treffpunkten, Büros, bezahlten Arbeitsplätzen, kurz: festen Haushaltstiteln. Geld ist zudem nötig zur Finanzierung von Schulungen und Weiterbildung. Psychiatriebetroffene sind in politische Entscheidungsgremien einzubeziehen. Um Interessenkonflikte zu vermeiden, sollten dies vorwiegend Psychiatriebetroffene sein, die finanziell unabhängig sind von Trägern psychiatrischer Einrichtungen sowie von Pharma-Unternehmen. Um das Bewusstsein über die Bedürfnisse von Psychiatriebetroffenen zu fördern, sollten diese auch in Ausbildungsgänge psychiatrisch Tätiger sowie in Einstellungskommissionen einbezogen werden, ebenso in Teams innerhalb des psychiatrischen Systems. PolitikerInnen können die Förderung von Selbsthilfe insbesondere dadurch unterstützen, dass sie die Finanzierung von Leistungsträgern abhängig machen davon, ob diese Empowermentkonzepte in ihre Konzepte und in ihre Praxis integriert haben.

Steigende Kosten des Gesundheitssystems sollten ein zusätzliches Argument sein, Gelder im Gesundheitsbereich umzuschichten. Weshalb sollte ständig mehr Geld ausgegeben werden für Einrichtungen, die auf der Verabreichung von abhängig machenden Psychopharmaka basieren und erhebliche Folgekosten nach sich ziehen für die Behandlung von Menschen mit chronischen "Neben"-Wirkungen und anderen behandlungsbedingten Rezeptorenveränderungen, die häufig zu Frühpensionierungen und einem Leben in kostenverschlingenden Langzeiteinrichtungen führen? Ist es nicht viel sinnvoller, Gelder im Selbsthilfebereich zu investieren, um Selbsthilfe- und Selbstheilungspotentiale zu fördern?

### **Warnung vor Alibistrukturen**

Eine Warnung ist auszusprechen in Bezug auf die Schaffung von Alibistrukturen und in Bezug auf die Einstellung von Alibibetroffenen. Undemokratische Strukturen in Verbänden von Psychiatriebetroffenen und Profilierungskämpfe innerhalb von Selbsthilfeorganisationen schaden den eigenen Interessen. Deshalb ist es deren Pflicht, Ethikregeln für Selbsthilfe und die psychiatriepolitische Vertretung zu entwickeln. Tina Stöckle in Berlin war 1981 die erste, die im deutschsprachigen Raum Forderungen an Selbsthilfegruppen formulierte und demokratische Strukturen im Selbsthilfebereich, d.h. den Abbau jeglicher Machtverhältnisse in den einzelnen Gruppen anmahnte (Stöckle 1983/2000, S. 228ff.)

Innerhalb des deutschen Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) – eines eher reformpsychiatrisch orientierten Verbands, stellte Kalle Pehe einen Katalog von Notwendigkeiten für Selbsthilfegruppen im allgemeinen auf. Ähnlich wie Tina Stöckle

forderte er die Abgrenzung gegenüber Personen, die vorsätzlich Abhängigkeit erzeugen, Selbstbestimmung unterhöhlen und Macht über andere anstreben; wichtig sei der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen und ein ideologiefreies, an den eigenen Bedürfnissen und der Freiheit orientiertes Miteinander (Pehe 1999).

Die kaum stattfindende Diskussion über solche Vorschläge zeigt allerdings, dass die Bewegung von Psychiatriebetroffenen noch ein kleines Stück von der Erkenntnis der Notwendigkeit entfernt ist, klare Regeln für den Umgang miteinander in den eigenen Reihen zu formulieren.

Gewarnt sein soll auch vor Verbänden der organisierten und von Pharmafirmen gesponserten Angehörigen, die mit der diskriminierenden Botschaft, Psychiatriebetroffene könnten nicht für sich selbst sprechen, deren familiäre Bevormundung in den politischen Bereich übertragen und den VertreterInnen unabhängiger Vereine von Psychiatriebetroffenen ihr demokratisch legitimes Recht absprechen wollen, ihre Interessen zu äußern und durchzusetzen.

### **Ried im Innkreis als Vorbild nicht nur für Österreich**

Politische EntscheidungsträgerInnen sind gebeten, vorhandene Konfliktpotentiale und die Interessenvielfalt auf seiten von Psychiatriebetroffenen zu reflektieren und vor allem deren zentrale Interessen, nämlich

- Gesundheit
- angemessene, selbst definierte Hilfen
- Freiheit und demokratische Bürgerrechte

in den Mittelpunkt psychiatriepolitischer Entscheidungen zu stellen. Bezogen auf die Situation in Ried im Innkreis sowie in ganz Oberösterreich wäre es wünschenswert, wenn es bald eine öffentlich finanzierte, von psychiatrischen Trägereinrichtungen unabhängige Selbsthilfeeinrichtung gibt, außerdem nutzerorientierte Hilfeinrichtungen wie z.B. Soteria-Stationen oder gar Weglaufhäuser. Dann hätten Betroffene Wahlmöglichkeiten, wie sie eines demokratischen Staates würdig wären. Wieso sollte von Ried nicht ein Signal für ganz Österreich und darüber hinaus ausgehen – ein Signal, das den Psychiatriebetroffenen im ständig mehr zusammenwachsenden Europa eine große Hilfe wäre?

### **Quellen**

- Degkwitz, Rudolf: "Leitfaden der Psychopharmakologie", Stuttgart 1967
- Degkwitz, Rudolf / Luxenburger, Otto: "Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neuroleptics", in: Nervenarzt, 36. Jg. (1965), Nr. 4, S. 173-175
- Für alle Fälle e.V.: "BISS – unabhängige und nutzerkontrollierte Beratungs- Informations-Selbsthilfe-Stelle", Kurzkonzeption vom 9.12.2002

- [Lahti, Pirkko: Vorwort](#), in: [Peter Lehmann \(Hg.\): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern](#), 2., aktualisierte Auflage, Berlin 2002, S. 9-11 ([E-Book 2024](#))
- [Lehmann, Peter: Schöne neue Psychiatrie, Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken](#), Berlin 1996a ([E-Book 2022](#))
- [Lehmann, Peter: Schöne neue Psychiatrie, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern](#), Berlin 1996b ([E-Book 2022](#))
- Pehe, Kalle: Thesen zum Profil der Selbsthilfe-/Verbandsarbeit, vorgelegt auf der Jahrestagung »Recht und Geld« des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Kassel, 25.-27. Juni 1999
- Roth, Karin: Geschichte und Entwicklung des European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry, Berlin 2000
- [Stöckle, Tina: Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern](#), Frankfurt/Main 1983; Neuauflage Berlin 2000 ([PDF E-Book 2022](#))
- [World Health Organization / European Commission: Balancing Mental Health Promotion And Mental Health Care: A Joint World Health Organization / European Commission Meeting](#), Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel 1999