

1 Psychopharmakareduktion in der psychiatrischen Klinik

Uwe Gonther

1.1 Was sind Psychopharmaka?

5 1.2 Psychopharmaka waren von Beginn ihres Einsatzes an umstritten und sind es bis heute. Das liegt in der Natur der Sache, da wir weder genau festlegen können, was die Psyche ist, noch die Ursachen der psychischen Krankheiten mit naturwissenschaftlichen Mitteln allein erklären können. Das
10 Wort Psychopharmakon hat einen kompletten Bedeutungswandel erfahren. Meinte der Erfinder Reinhardus #Lorichius# aus Hadamar im 16. Jahrhundert mit dem Begriff die gezielte psychische Beeinflussung der Gesundheit zum Beispiel durch Gebete, wurden ab den
15 1960er-Jahren Substanzen mit psychotroper Wirkung so bezeichnet (Dörner & Plog 1980). Um die Psyche und psychische Krankheiten zu verstehen, müssen wir uns neben den hochkomplexen hirnorganischen Vorgängen naturgemäß auch mit dem Kontext beschäftigen, in dem
20 Störungen auftreten.

1.3 Insofern kann eine Auseinandersetzung über Psychopharmaka niemals nur eine Auseinandersetzung über pharmakologische organische Wirkweisen einzelner Substanzen an bestimmten Rezeptoren sein. Es gilt auch, die
25 Wirkung solcher Therapieansätze bei Menschen in ihrer jeweiligen biografischen Situation zu verstehen, ebenso die Situation der Behandelnden, die durch ihr Können und ihre Absichten, aber auch ihre Fehleinschätzungen limitiert sind.

30 1.4 In den Industrienationen ist die ganz große Begeisterung für immer neue, einander allerdings recht ähnliche Psychopharmaka verflogen. Letztlich weiß niemand, wie sie auf die bloß vermuteten körperlichen Ursachen der psychischen Erkrankungen Einfluss nehmen sollen (Weinmann 2008). Dennoch ist das Modell der
35 Medikalisierung psychischer Störungen nachhaltig etabliert. Ganz so, wie es Wolfgang #Blankenburg# vorhergesagt hat, sind daraus eine Reihe von Folgeproblemen entstanden, mit

deren Bewältigung psychiatrische Profis und noch viel mehr die Betroffenen und ihre Angehörigen beschäftigt sind. Die Pharmakotherapie hat sich als ein Danaergeschenk erwiesen (Blankenburg 1982), d. h. als Gabe, die sich auf den Empfänger unheilvoll auswirkt. Zunächst konnte man meinen, es sei rundum erfreulich, nun über zielgenaue Therapien zu verfügen. Dann stellte sich jedoch heraus, dass die Alltagsschwierigkeiten der Betroffenen nicht immer abnehmen und eine Reihe neuer Einschränkungen und Gefahren auftreten, insbesondere eine weiter erhöhte *Frühsterblichkeit*.

1.5 Auffällig ist, dass das einseitig biochemische Modell der psychischen Krankheiten etwas in die Defensive geraten ist. Die Marketingstrategien für Antidepressiva und Antipsychotika sind in den Industrienationen zurückhaltender geworden. Das über Jahre dominante neurowissenschaftliche Paradigma wird auch im Umfeld der WHO als ergänzungsbedürftig angesehen (Püras & Hannah 2019). Dies kann man als Folge einer kritischen Diskussion um die Wirkungsweise und Effektivität der Psychopharmaka verstehen. Sie bilden keine pharmakologische Gruppe, die Unterteilung in Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika und Tranquilizer folgt keiner Zugehörigkeit zu bestimmten biochemisch definierten Wirkstoffgruppen.

1.6 Nachdem man lange an immer spezifischeren Wirkprinzipien forschte, gibt es derzeit eine Renaissance bekannter unspezifischer psychotroper Wirkungen, beispielsweise durch *Ketamin* oder *Halluzinogene*. Eine ehrlichere Einteilung, die in der Pharmazie bis heute verwendet wird, bezeichnet all diese Substanzen als Psycholeptika und Psychoanaleptika, letztlich tendenziell entweder dämpfende oder anregende Substanzen. Vielleicht ist aber der Markt schlicht gesättigt. Millionen von Menschen nehmen regelmäßig derartige Präparate, häufig in Kombinationen, teilweise off-label, ärztlich verordnet, oft genug ohne Erfolg. Beim Versuch des Reduzierens oder Absetzens treten dann die großen Schwierigkeiten auf, die uns im Folgenden beschäftigen (Breggin 2013; Götzsche 2015; Lehmann et al. 2017; Lehmann 2019a; Gonther et al. 2022).

1.7 Aufklärung ist notwendig

1.8 Psychopharmakabehandlung psychischer Erkrankungen kann sinnvoll sein, wenn sie eingebunden ist in einen

85 **Kontext von ganzheitlicher Therapieplanung, wenn die betroffenen Personen ausreichend informiert sind und zustimmen und die verordnenden Personen in der Lage sind, die jeweilige Indikation kritisch zu prüfen, und wenn ein sorgfältiges *Monitoring* gewährleisten (Aderhold 2017a). Es besteht für Ärzte im weiten Feld der Psychiatrie bei keiner einzigen Störung eine Verpflichtung, die psychische Erkrankung mit spezifischen Psychopharmaka zu**
90 **behandeln.**

1.9 **Unabhängig von der notwendigen kritischen theoretischen Betrachtung stellen in der alltäglichen Behandlungssituation Psychopharmaka einen Teil der Realität dar. In der Klinik bedeutet dies, dass Menschen praktisch immer bereits**
95 **psychopharmakologisch vorbehandelt worden sind, wenn sie mit depressiven, manischen, psychotischen oder süchtigen Symptomen, mit den Anzeichen von akuter Belastung bzw. posttraumatischer Belastungsstörung oder mit Hinweisen auf eine Persönlichkeitsstörung zu uns kommen. Auch bei**
100 **Ängsten, Unsicherheiten, Zwängen, Grübeleien usw. bekommen inzwischen oftmals bereits Kinder und Jugendliche, aber insbesondere junge Erwachsene überaus schnell Psychopharmaka verordnet. Selten nur wird darüber aufgeklärt, dass die Erfolgsaussichten einer solchen isolierten Behandlung nicht allzu groß sind, und fast nie, dass massive unerwünschte Wirkungen eintreten können, und schon gar nicht, dass das Reduzieren und Absetzen der eingesetzten Psychopharmaka zu erheblichen Entzugs- und Absetzsymptomen führen kann. Das ist die Ausgangslage,**
105 **wenn es um das Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka gehen soll (Schlimme et al. 2018; siehe auch den Beitrag von Peter Lehmann in diesem Band).**
110

1.10 Reduzieren und Absetzen

115 Reduktion und Absetzen von Psychopharmaka kann aus ganz unterschiedlichen Gründen in der Psychiatrie notwendig, sinnvoll oder einfach nur wünschenswert sein (siehe den Beitrag von Stefan Weinmann in diesem Band). Denken wir an den Fall eines Menschen, der eine Depression zeitgleich mit der Einnahme von Antidepressiva nach einigen Wochen oder Monaten überstanden hat und sich nun wieder besser fühlt.
120 Selbst wenn der Betroffene es nicht ausdrücklich wünscht, wäre es die Aufgabe der Behandelnden, die eingesetzte Substanz abzusetzen, da die Einnahme immer mit einem physiologischen Risiko verbunden ist. Und schon stellt sich die Frage: Wie soll dieses Absetzen geschehen?

Um es kurz zu machen, systematisches Wissen darüber gibt es bislang
125 nicht ausreichend, weshalb häufig einfach weiter verordnet wird,
angeblich präventiv. Und nicht selten wird abrupt abgesetzt. In einigen
Fällen mag es mit dem An- und Absetzen gut gehen, in der Klinik sehen
wir die anderen Konstellationen, nämlich die, wo Betroffene trotz – bzw.
wegen – Dauermedikation und Mehrfachkombination über Jahre eine
130 Zunahme ihrer Beschwerden beklagen. Es scheint, dass mit zunehmender
Verabreichungsdauer, Höhe der Dosierung und Zahl der kombinierten
Substanzen das Absetzen zu immer größeren Problemen führt, also
empfiehlt sich ein Ausschleichen. Denn der Organismus, insbesondere der
Stoffwechsel im Gehirn, hat sich an die ja durchaus wirksame
135 Beeinflussung des Neurotransmitterhaushalts durch Psycholeptika und
Psychoanaleptika gewöhnt.

Beim abrupten Absetzen, aber auch beim Ausschleichen treten oftmals
körperliche Symptome auf, etwa Muskelzuckungen oder das Gefühl, im
Kopf elektrische Schläge zu bekommen. Allerdings gibt es auch diverse
140 psychische und neurologische Veränderungen, Gereiztheit,
Schlafstörungen und Verstimmungen bis hin zu psychotischen Ängsten
und Suizidgedanken. Diese von wiederkehrenden Symptomen einer
vormals bestehenden und die Behandlung auslösenden Erkrankung zu
unterscheiden, ist nicht immer unproblematisch. Es gibt Hinweise, es gibt
145 Unterschiede, es gibt allerdings auch zahlreiche Überlappungen und
Vermischungen. Wir konstatieren allein schon bei den Patientinnen und
Patienten, bei denen wir wegen einer erfolgreichen Behandlung der
vorbestehenden Erkrankung reduzieren oder absetzen wollen, dass
Wiederkehr der Erkrankung, *Rebound*, Entzugs- und Absetzsymptome
150 eng miteinander verbunden sein können. Jedenfalls leiden die Betroffenen
unter einer Mischung körperlicher und psychischer Symptomen, was in
der Regel dazu führt, dass die Dosis des vorher gegebenen
Psychopharmakons (oder der gegebenen Psychopharmaka) erhöht, wieder
gegeben oder kombiniert wird mit weiteren Psychopharmaka, die
155 allerdings in der Folgezeit ihrerseits ähnliche Probleme generieren können.

Wie wir alle wissen, ist es keine Seltenheit, dass Patientinnen und
Patienten in ihren Mittzwanzigern im Zuge einer solchen Medikalisierung
infolge einer Lebenskrise fünf, sechs oder mehr Psychopharmaka
bekommen. Die Betroffenen registrieren, dass die Substanzen nicht mehr
160 so wirken wie im ersten angenommenen positiven Fall. Oft genug ist dies
auch bei einer initialen Medikation zu verzeichnen, was uns gar nicht
überrascht, denn wir wissen, dass die *number needed to treat* (NNT;
gedachte Zahl an Behandlungen, die nötig ist, um gegenüber einer
Alternativmethode einen einzelnen positiven Ausgang zu erreichen – P. L.)
165 bei sämtlichen dieser Substanzen relativ hoch ist. Das heißt, wir müssen

unsere Patientinnen und Patienten darüber aufklären, dass viele von denen, die wir mit besten Absichten und passender Indikation mit einem Psychopharmakon behandeln, gar nicht von diesem profitieren werden, und selbst wenn sie profitieren, seine Wirkstärke in aller Regel nur leicht besser ist als die eines Placebos. Zwischen den Zulassungsuntersuchungen und der realen Lebenssituation von Betroffenen bestehen oftmals große Unterschiede. Den aktuellen Stand der Diskussion um Antidepressiva hat der Psychotherapeut Thorsten #Padberg# zusammengefasst (Padberg 2022). Zur Situation bei Neuroleptika sei verwiesen auf die Arbeiten von Volkmar #Aderhold# (2017b). Im Alltag werden die Substanzen überaus häufig kombiniert, längst nicht immer passend zur Diagnose. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen, Entzugs- und Absetzsymptome vermischen sich.

1.11 Beispiele aus dem klinischen Alltag

Wir stehen klinisch häufig vor der Frage, was wir beispielsweise einer jungen Betroffenen empfehlen, die mit Mitte zwanzig eine Kombination aus vier, fünf oder sechs verschiedenen Psychopharmaka nimmt, weil sie schon in der Jugend wegen Selbstverletzungen, Drogenkonsum, depressiver Verstimmung und Suizidversuchen als »emotional instabil« diagnostiziert wurde. Sie hat unter der Behandlung 30 kg an Gewicht zugenommen und eine kardiale Problematik, eine diabetische Stoffwechsellage und zusätzlich Bluthochdruck entwickelt. Vielleicht nimmt diese junge Frau auch noch hormonelle Kontrazeptiva, weil sie trotz ihrer psychischen Probleme und der hinzugetretenen massiven körperlichen Beeinträchtigung und trotz der libidounterdrückenden Wirkung der psychopharmakabedingten erhöhten Prolaktinausschüttung ein Sexualleben hat, aber nicht schwanger werden möchte. Wir müssen diese Frau darin unterstützen, die Psychopharmaka zu reduzieren, denn wir sehen, dass sie ihr praktisch nicht helfen und sie außerdem in große Gefahr bringen. Allein schon, um zu einer Monotherapie zurückzufinden, bedarf es erheblicher gemeinsamer Anstrengungen.

Für uns hat sich – auch im Zusammenhang mit dem Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka – die zertifizierte *DBT* (Dialektisch Behaviorale Therapie nach Marsha #Linehan#) besonders bei Menschen mit emotionaler Instabilität bewährt. Intervallbehandlungen sind in vielen Fällen eine geeignete Rahmung. Das bedeutet, dass die Personen bestimmte Schritte der Reduktion in der Klinik bewältigen und zu einem verabredeten Zeitpunkt erneut für den nächsten anstehenden Schritt aufgenommen werden. Manche Betroffene lernen erst die Möglichkeiten, die sie in der Klinik in den Bereichen *Psycho*-, *Kunst*-, und

Bewegungstherapie haben, in der Entgiftung kennen oder auf der allgemeinspsychiatrischen Station. Später wechseln sie ambulant, tagesklinisch oder stationär ins DBT-Programm. Die Wirkfaktoren für erfolgreiches Reduzieren und Absetzen sind nicht erforscht, allerdings gibt es einige verlässliche Kenntnisse der Prädiktoren (Aderhold 2017b; Lehmann 2019b; siehe auch den Beitrag von Björn Schlier et al. In diesem Band). Subjektiv wird regelmäßig davon berichtet, dass die Betroffenen das Erlernen von Fähigkeiten zur Beeinflussung auftretender unangenehmer Gefühle als ausgesprochen hilfreich empfinden.

Oder was machen wir mit einem jungen Mann, der wegen Ängsten vor einer Prüfung begonnen hat, nach ärztlicher Verordnung stark serotonerge Substanzen einzunehmen? Er hat darunter eine Unruhe entwickelt, sexuelle Funktionsstörungen und Suizidgedanken. Daraufhin bekam er in der Folge zusätzlich niederpotente Neuroleptika zur Reduktion seiner Unruhe verordnet, worunter er anschließend eine Antriebsschwäche entwickelt, und deshalb weitere vermeintlich antriebssteigernde Substanzen. In seiner Verzweiflung hat ein solcher Betroffener höchstwahrscheinlich schon mehrfach mit überall erhältlichen Partydrogen experimentiert, hat womöglich darunter psychotische Symptome entwickelt und nun zusätzlich hochpotente Neuroleptika erhalten. Da sich dieses Verhalten und Empfinden phasenweise bessert oder verschlechtert und naturgemäß auch noch von sonstigen Lebensereignissen beeinflusst wird, bekommt er seit einigen Monaten auch ein Phasenprophylaktikum, worunter er massive Konzentrationsstörungen entwickelt und deshalb sein Studium abgebrochen hat. Solche Entwicklungen sind keine Seltenheit, sondern typische Behandlungsverläufe in der modernen Psychiatrie. Hier, wie auch in dem vorgenannten Fall, ist es außerdem wahrscheinlich, dass Benzodiazepine dazu verschrieben werden, weil der jeweilige Cocktail nicht so richtig hilft, zumindest nach einer Zeit nicht mehr. Auch hier ist das passende Behandlungsgebot, die Medikation zu reduzieren und gegebenenfalls abzusetzen, in der Regel rar.

Weitere Beispiele für eine gebotene Umkehr lassen sich aufzählen: Menschen mit Psychosen und besonders mit als »schizoaffektiv« diagnostizierten Syndromen führen oft zu Polypharmazie seitens der Behandelnden. Ältere Menschen werden wegen wiederkehrender oder resistenter Depressionen mit Augmentationen (Verabreichung zusätzlicher Psychopharmaka oder Elektroschocks zur Wirkungsverstärkung – P. L.) bedacht, was allerdings körperliche Einschränkungen verstärken kann.

Eine Umkehr der Behandlung dauert nicht selten Wochen, Monate oder gar Jahre. Sie kann in einer Klinik nur im Einvernehmen mit der

250 betroffenen Person, ihrer Familie, den ambulant Behandelnden und dem
gesamten Behandlungsteam durchgeführt werden. Dabei stellt der
klinische Teil der Behandlung immer nur eine begrenzte Phase dar.
Solange Verantwortliche im Hilfesystem davon ausgehen, dass psychische
Erkrankungen psychopharmakapflichtige Erkrankungen sind, so wie
Diabetes insulinpflichtig sein kann, solange bringen sie die Patientinnen
und Patienten mit dieser Fehlannahme in Gefahr.

255 **1.12 Psychopharmakologische Unterstützung im zugelassenen
Bereich kann durch Tranquilizer, Antidepressiva,
Phasenprophylaktika und Neuroleptika zeitweise erfolgreich
sein und als große Hilfe empfunden werden. Sie löst niemals
260 die zugrunde liegenden oder parallel bestehenden
lebensgeschichtlichen Probleme der Betroffenen, kann ihnen
aber massive zusätzliche körperliche Probleme bescheren.
Über diesen Sachverhalt müssen wir Betroffene (oder ihre
zustimmungsbefugten gerichtlich eingesetzten Betreuenden)
schon vor Beginn der Behandlung umfassend und
265 verständlich in schriftlicher Form aufklären und uns die
erfolgte Aufklärung durch ihre Unterschrift bestätigen
lassen. Hierzu gehört auch die Aufklärung darüber, dass das
Reduzieren und Absetzen von Antidepressiva, Neuroleptika
und Phasenprophylaktika ähnlich wie das Absetzen von
270 bekanntlich süchtig machenden Substanzen wie
Tranquilizern und Z-Präparaten große Probleme bereiten
kann. Gewiss ist es angemessen, ebenfalls auf die
Unterschiede hinzuweisen. Ein Craving, d. h. das nahezu
unstillbare Verlangen nach der jeweiligen Substanz, ist bei
275 Neuroleptika- und Antidepressivareduktion nicht zu
erwarten. Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung tritt
nach unserer Erfahrung hier viel seltener auf als bei
klassischen Suchtmitteln.**

1.13 Bremer Weg

280 Seit 2014 praktizieren wir in unserer Bremer *AMEOS Klinik* die
schriftliche Aufklärung und Begleitung von Reduktionsschritten (Gonther
2018). Dabei haben wir im Austausch mit anderen Einrichtungen, die sich
ebenfalls mit der Reduktion und dem Absetzen von Psychopharmaka
beschäftigen, auf allen unseren Stationen und in der Tagesklinik und der
285 Ambulanz vielfältige Erfahrungen sammeln können. Es gibt hier keine
psychopharmakafreien Stationen. Mit psychotherapeutischen
Schwerpunkten bieten wir in unterschiedlichen Settings ambulant,
tagesklinisch und stationär entsprechende Hilfen an.

Wir haben zunächst bei gleichem oder sogar akuterem Patientenkontext
290 die Menge der insgesamt als Psychopharmaka verordneten Substanzen
fünf Jahre lang jeweils um ca. 10 % ausgehend von der ursprünglichen
Dosis reduzieren können. Auf SSRI lässt sich klinisch leichter verzichten
als auf Neuroleptika. Auch bei uns trat gelegentlich der Punkt ein, dass ein
weiteres Reduzieren zunächst nicht mehr möglich schien. Unter den
295 Bedingungen der floriden Coronapandemie waren wir mit einer
verschärften Situation konfrontiert. Vermehrte Belastung aller Beteiligten,
hohe Krankenstände, verringerte ambulante Angebote und weniger
Gruppentherapie behinderten unsere stationären, tagesklinischen und
ambulanten Gehversuche beim Reduzieren.

Dennoch realisieren wir auf allen unseren Stationen weiterhin
psychopharmakafreie Therapien, denn die wenigsten Probleme beim
Reduzieren haben die Betroffenen, wenn man erst gar keine
(Dauer-)Medikation ansetzt. Außerdem verabreden wir mit einer
wachsenden Zahl von Patienten spätere eventuell kurzfristige
305 Wiederaufnahmen zu weiteren Reduktionsschritten. Viele Betroffene
schildern die Erfahrung, dass es im stationären Rahmen leichter fällt, mit
den Entzugs- und Absetzsymptomen zurecht zu kommen – etwas, das wir
von der Alkohol-, Medikamenten- und Drogenentgiftung gut kennen.

Ausgangspunkt für unsere Anerkennung der Probleme und die
310 Angebote zum Reduzieren von Psychopharmaka ist die Garantenpflicht –
neben unserer ethischen Grundhaltung, vor allem für die Patienten und
Patientinnen da zu sein und ihnen nicht zu schaden. Hinzu kommen
Frühwarnsymptome sich abzeichnender chronischer oder unmittelbar
lebensbedrohlicher Schäden, die auch laut Herstellerinformationen das
315 Absetzen zwingend erfordern. Ausgangspunkt bei den Patienten ist
entweder ein subjektives Unbehagen mit der Medikation, die eigene
Bewertung deren Risiken und Schäden oder die Motivation, das eigene
Leben und Erleben wieder in die eigene Zuständigkeit zu bekommen.
Dabei kann zum Beispiel ein Kinderwunsch eine Rolle spielen. Nicht
320 selten erwächst auch aus Sinnfragen eine Motivation. Auch das kennen wir
aus der Suchtmedizin. Wenn erfolgreich reduziert oder gar abgesetzt
werden konnte, geht es um den Transfer aus dem Schutzraum der
Institution in den Alltag.

Was haben wir in den Jahren gelernt? Es gibt beim Reduzieren von
325 Psychopharmaka keine Patentrezepte. Das Vorgehen muss individuell
abgesprochen und wenn nötig in kleinen Schritten unterstützt werden.
Manchmal hilft es, zuerst die Substanz mit dem höchsten toxischen
Potenzial zu reduzieren, manchmal die bekannten Suchtmittel, manchmal
zuerst die Neuroleptika, da diese den Antrieb stark reduzieren und das
330 Denken einschränken. Auch unerwünschte organische Wirkungen spielen

eine Rolle, wenn wir das Reduzieren und Absetzen planen. Also gestaltet es sich in jedem Fall unterschiedlich. Immer ist es wichtig, das Tempo des Vorgehens von den Betroffenen bestimmen zu lassen. Was braucht es an weiteren Faktoren für ein Gelingen?

335 Um die betroffenen Personen zu erreichen, haben wir Menschen mit Erfahrungshintergrund bewältigter psychischer Krisen und Krankheiten als Genesungsbegleitende in die Teams und die Fortbildungen integriert. Das verbessert das gegenseitige Verständnis. Nicht alle Experten und Expertinnen aus Erfahrung sind pauschal gegen Psychopharmaka.
340 Allerdings kenne ich niemanden aus diesem Kreis, der für eine dauerhafte polypharmazeutische Hochdosistherapie wäre.

Wenig überraschend ist uns deutlich geworden, dass bei der Reduktion von Psychopharmaka zunächst ein vorübergehender Mehrbedarf an Unterstützung durch psychosoziale Hilfsmaßnahmen und Therapien
345 auftaucht, dass es dann aber auch oft zu einer Art Erwachen der Betroffenen kommt und sie sozial wieder viel aktiver werden. Die Reduktion braucht Zeit. Ein Umstellen auf flüssige Darreichungsformen ist sinnvoll. Bisher kommen wir ohne Tapering-Strips (*Ausschleichstreifen*) aus, wollen diese aber in Zukunft nutzen (siehe
350 den Beitrag von Peter Groot und Jim van Os in diesem Band). In der Anfangsphase wächst der Bedarf an individueller Versorgung durch Pflegende, zum Beispiel mittels Anwendung naturheilkundlicher Mittel wie Bäder, Wickel, Aromen, Tees (Schädle-Deiningner 2023; Schädle-Deiningner & Müller 2023), und an den ärztlichen Dienst, da meistens
355 körperliche Irritationen im Vordergrund stehen (siehe auch den Beitrag von Stefan Vetter in diesem Band). In einer zweiten Phase tauchen die Patienten und Patientinnen aus der psychopharmakologisch bedingten Abstumpfung auf, in die viele geraten waren. Sie suchen den Sozialdienst auf, weil sie nicht selten Veränderungen des Lebensumfelds anstreben.
360 Viele Personen regeln auch ihre Angelegenheiten selbstständiger als zuvor, brauchen weniger Hilfestellung, und manche wünschen, sich ganz aus dem Hilfesystem zu verabschieden. Auch das sollte möglich sein, und was könnte besser sein, als dass dieser Abschied von Erfolg gekrönt ist?

In der Klinik sehen wir bei der Begleitung der ersten Schritte beim
365 Reduzieren und Absetzen auch einen vermehrten Bedarf sowohl an Entspannungsübungen als auch an Bewegungstherapie und eine stärkere Inanspruchnahme der künstlerischen Therapien. Gerade die ausdrucksfördernden Therapien werden von Patientinnen und Patienten in diesem Prozess gern genutzt, um ihre persönlichen Themen zur Sprache
370 zu bringen. Dabei haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Betroffenen sich mit ihren Gefühlen in therapeutischer Begleitung auseinandersetzen wollen und können. Der Bedarf an *Psychotherapie* sowohl im

375 Bezugspersonensystem allgemein als auch in spezifischen Programmen ist
in den frühen Phasen gestiegen. Dies bezieht sich auf kognitive
Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, DBT, psychoimaginative
Traumatherapie und multimodale Psychosen*psychotherapie*. Die
kontinuierliche Einbeziehung der *Familien*angehörigen ist wichtig,
ebenso wie der Kontakt zu ambulant Tätigen.

1.14 Ausblick

380 Dies alles zu integrieren und zu kommunizieren, scheint eine
ausgesprochen anspruchsvolle Aufgabe für die Helfenden zu sein. Noch
größer ist die Leistung der Patientinnen und Patienten, die
Herausforderungen durch die Reduktionsprozesse am eigenen Leib zu
erleben. Oft werden sie ambulant sofort wieder auf ihre vorige Medikation
385 »eingestellt«. Denn so, wie vor zwanzig Jahren viele niedergelassene
Fachärztinnen und Hausärzte skeptisch waren bezüglich der
pharmakologischen Neuerungen, die den Patientinnen und Patienten aus
Kliniken mitgegeben wurden, so sind umgekehrt heute die ambulant
Behandelnden häufig skeptisch, wenn Patientinnen und Patienten nach
390 Krisen mit reduzierter Medikation in den Alltag zurückkehren. Auch hier
ist die Kommunikation äußerst hilfreich, um überkommene Einstellungen
im Interesse der Betroffenen zu ändern, am besten in *Offenen Dialogen*
(Seikkula & Arnkil 2022).

Allen Schwierigkeiten zum Trotz sind die Verläufe in solchen
395 Zusammenhängen oftmals auch für das Umfeld so ermutigend und
inspirierend, dass sich ein solches Umdenken ausbreitet. Wir sind es
unseren Patientinnen und Patienten schlichtweg schuldig, diesen Prozess
der individuellen Genesung vorsichtig und bestmöglich zu fördern.
Diejenigen, die selbstbewusst bereits eine entsprechende Begleitung
400 einfordern, sollten wir ermutigen und unterstützen. Übrigens steigt mit
solchem Vorgehen bei denen, die noch keinen Weg zum Absetzen finden
können, häufig die Zuverlässigkeit bezüglich der Einnahme der *zunächst
verbleibenden* Medikation. Allerdings kann dieser Nebeneffekt nicht den
Ausschlag geben für unsere Entscheidung, die Betroffenen beim
405 erwünschten Reduzieren und Absetzen zu unterstützen. Die Förderung
ihrer *Lebensqualität*, ihrer Gesundheit und ihres
Selbstbestimmungsrechts sollten die obersten Gebote bei unserem
ärztlichen Handeln sein.

Literatur

- 410 Aderhold V (2017a). Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika (S. 198–222). In: P Lehmann, V Aderhold, M Rufer et al., *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen*. Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (eBook 2023)
- Aderhold V (2017b). Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) absetzen: Wann – wie – wann nicht – was dann? (S. 15–24). In: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (Hg.), *PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Curriculum »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«*. Dokumentation. 2., korrigierte Auflage. Berlin: BOP&P e.V. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/info/psychexit/1/aderhold-nl-absetzen.pdf> (Zugriff am 30.12.2022)
- 415
- 420 Blankenburg W (1982). Kritik der modernen Pharmakotherapie (S. 89–119). In: H Tellenbach (Hg.), *Psychiatrische Therapie heute*. Stuttgart: Enke Verlag
- Breggin PR (2013). *Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients, and their families*. New York: Springer Publishing Company
- 425 Dörner K, Plog U (1980). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (S. 362–384). 5. Auflage. Rehbun-Loecum: PsychiatrieVerlag
- Gonther U (2018). Exkurs in die Klinik (S. 178–187). In: JE Schlimme, T Scholz, R Seroka, *Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen*. Köln: Psychiatrie Verlag
- Gonther U, Lehmann P, Rautenberg K et al. (2022). Wo bleiben die neuen Wege beim Absetzen von Psychopharmaka? *Soziale Psychiatrie*, 46(2):24–28. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheits/pdf/gonther-lehmann-wege.pdf> (Zugriff am 30.12.2022)
- 430
- Gøtzsche PC (2015). *Deadly psychiatry and organised denial*. Kopenhagen: People’s Press
- Lehmann P (Hg.) (2019a). *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag (eBook 2023)
- 435
- Lehmann P (2019b). Und nun, wie weiter vorgehen? Ein Resümee (S. 323–365). In: P Lehmann (Hg.), *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage.
- 440 Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag (eBook 2023)
- Lehmann P, Aderhold V, Rufer M et al. (2017). *Neue Antidepressiva – Atypische Neuroleptika*. Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (eBook 2023)
- Padberg T (2022). Wie spricht man mit Klient*innen »empirisch richtig« über Antidepressiva? *Psychotherapeutenjournal*, 21:336–341
- 445 Pūras D, Hannah J (2019). Prioritising rights-based mental health care in the 2030 Agenda (S. 222–234). In: L Davidson (Hg.), *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Wellbeing*. London / New York: Routledge
- Schädle-Deininger H (2023). Begleitung beim Reduzieren und Absetzen (S. 177–183). In: H Schädle-Deininger, C Müller (Hg.), *Praxisbuch Pflege und Psychopharmaka*. Bern: Hogrefe Verlag
- 450
- Schädle-Deininger H, Müller C (2023). Pflegerische Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka (S. 324–338). In: P Lehmann (Hg.), *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und*

Tranquilizern. E-Book. Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Publishing

455 Schlimme JE, Scholz T, Seroka R (2018). Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen.
Köln: Psychiatrie Verlag

Seikkula J, Arnkil TE (2022). Offener Dialog – Die Vielfalt der Stimmen im Netz. Köln: Paranus
Verlag im Psychiatrie Verlag

460 Weinmann S (2008). Erfolgsmythos Psychopharmaka: Warum wir Medikamente in der
Psychiatrie neu bewerten müssen. Bonn: Psychiatrie Verlag