

Dr.med. Josef Zehentbauer (b.1945) - [www.josef-zehentbauer.de/](http://www.josef-zehentbauer.de/) - Arzt und Psychotherapeut in München

## Wer hat Angst vor dem Psychopharmaka Absetzen?

Ärztliche Beratung und psychotherapeutische Gespräche beim Absetzen von Dämpfungs- und Beruhigungsmitteln

Neuroleptika / Antidepressiva / Phasenprophylaktika: Carbamazepin, Lithium / Tranquillizer

Aus: Peter Lehmann (Hg.): *Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern*. Vorworte von Pirkko Lahti und Loren R. Moshier. Seite 227-242. Antipsychiatrieverlag 2008. 3. aktualisierte & erweiterte Auflage. Seite 189-205. Antipsychiatrieverlag 2013. 4. aktualisierte & erweiterte Auflage.

"Wenn Psychiater und Psychologen "ihren Patienten" in Diagnose-Schemata einordnen, dann machen sie diesen Menschen zu einem "Krankheitsbild", zu einem kranken Objekt. Der Psychiater schafft eine Distanz zwischen sich und dem Patienten, er begutachtet das Leid des anderen. Auf diese Weise muss sich der Psychiater nicht in die psychischen Probleme des anderen hinein fühlen: Die Probleme des Patienten sind für den Psychiater nur ein Teil des "wissenschaftlich" definierten Krankheitsbildes. Ein Mensch sieht keinen Ausweg, fühlt sich traurig, elend und weint verzweifelt. "Klar", denkt der diagnostisch orientierte Psychiater, "klar, dass dieser Mensch weint, er hat eine schwere depressive Episode". Die psychiatrische Diagnostik dient bestenfalls den Schul-Psychiatern-/Psychologen, um menschliche Begegnungen zu verarbeiten. Der New Yorker Psychiatrie-Professor Thomas Stephen Szasz (1920-2012) nennt die psychiatrische Diagnostik eine "Rufmord- und Diffamierungstechnik"... Wir haben bereits gesehen, dass die Grenze zwischen "psychischer Auffälligkeit" und anerkannter "Normalität" willkürlich ist, ein Diagnose-Stempel kann für den psychisch-auffälligen Menschen jedoch fatal werden: Denn er soll mit allerlei Mitteln in die Normalität zurückgebracht werden - von Psychopharmaka bis Psychotherapie bis psychiatrischer Zwangsbehandlung. Hier wird erkennbar, welchen gesellschaftlichen Auftrag... die Psychotherapie zu erfüllen hat... Normalisierung und Anpassung, durch Psychotherapie oder durch Psychopharmaka. Kreativ wird die Psychotherapie dann, wenn gesellschaftliche Fassaden gesprengt werden und die Individualität wie eine Knospe - zwar heftig, aber sanft - durchbricht und sich zur individuellen Blüte entfaltet - zur eigenen Freude und zur Freude anderer." Aus: Josef Zehentbauer: *Abenteuer Seele. Psychische Krisen als Chance*. Kapitel: "Wenn die Seele schreit" S. 68, 72. ALBATROS 2012

Nie zuvor standen den Menschen so viele Psychoarzneien zur Verfügung wie heute. Mittel, die seelische Beschwerden beruhigen (Tranquillizer vom Typ Valium usw.), oder Mittel, die die Persönlichkeit dämpfen oder gar zerstören können (zum Beispiel hochpotente Neuroleptika bei Langzeitanwendung), oder Mittel, die Depressionen erleichtern sollen (zum Beispiel Antidepressiva) oder heftige Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Schwermut in eine graue Durchschnittlichkeit nivellieren (zum Beispiel Lithium), und viele mehr.

Werden Psychopharmaka über lange Zeit genommen, können in der Mikrostruktur des Gehirns allmähliche Veränderungen entstehen. Ein besonders drastisches Beispiel für Psychopharmaka, die im Lauf der Zeit zu solchen Veränderungen führen können, sind Neuroleptika, zum Beispiel Haloperidol. Diese Psychopharmaka blockieren an den Hirnzellen die Rezeptoren (Empfangsorte) für den Botenstoff Dopamin; dieser ist zuständig unter anderem für feinmotorische Bewegungen, für Phantasie und gute Laune. Das Gehirn reagiert jedoch auf die neuroleptische Blockade der Rezeptoren, indem es mehr Dopaminmoleküle produziert. *Werden die Neuroleptika von einem Tag zum andern abgesetzt*, so überfluten die zuviel erzeugten Dopaminmoleküle die freigewordenen Rezeptoren, und es entsteht Chaos im Gehirn, Chaos in Gedanken, Chaos in Gefühlen. Es können unklare Ängste aufsteigen, Paranoia, depressive Verzweiflung, hoffnungsloses Durcheinander der Gefühle. *Wer Neuroleptika schlagartig absetzt* (manchmal sogar auf fatales Anraten der Psychiater), geht das Risiko ein, dass sein Gehirn in panisches Durcheinander gerät.

**CAVE:** Hüte Dich vor plötzlichem Absetzen der Psychopharmaka! (kalter Entzug, cold turkey)

*Lässt man Dämpfungs- und Beruhigungspillen . ob Haldol (Neuroleptikum), Saroten (chemisches Antidepressivum), Valium (Tranquillizer), Lithium oder Carbamazepin . nach einer wochen- oder gar monatelangen Dauermedikation plötzlich weg, können sich unter anderem folgende Absetz- bzw. Entzugerscheinungen zeigen:* Erbrechen, Magen-Darm-Probleme, Übelkeit, Schweißausbrüche, Pulsrasen und Kreislaufstörungen, Zitterigkeit, innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Depressionen, Angst- und Verwirrheitszustände bis zur Paranoia.

Wer langfristig und womöglich hoch dosierte Psycho-Pillen geschluckt hat und diese absetzen will, soll diese Absetzmanöver behutsam angehen und eine Reihe von Regeln beherzigen. Während der Zeit des Absetzens kann vor allem nach Langzeitmedikation oder hoher Dosierung die Begleitung durch den Arzt seines Vertrauens sehr dienlich sein.

Psychopharmaka sind keine Heilmittel, sondern bestenfalls *Hilfsmittel* bei seelischen Auffälligkeiten, psychischen Störungen und Krisen. Doch können Psychopharmaka auch . vor allem aus den Händen der meisten Psychiater . *Anpassungsmittel* sein: Anpassung an die herrschende Normalität.

Wer diesem verordneten Sog in die graue Durchschnittlichkeit widersteht und Mut hat, psychische Besonderheit zu zeigen, der hat nicht sHalluzinationen% sondern *ungewöhnliche Wahrnehmungsfähigkeiten*; der leidet nicht unter sParanoia% [Bezeichnung für eine psychische Störung, in deren Mittelpunkt Wahnbildungen stehen], sondern *lebt visionär sein eigenes Selbst*; der versinkt nicht in sendogene Depression% sondern *erlebt sich in tiefgründiger, beschaulicher Melancholie oder in existentieller Grenzerfahrung ...* Und: Nicht jedes Leiden ist Krankheit.

## Allgemeine Gesichtspunkte beim Absetzen von Psychopharmaka

Im folgenden einige allgemeine Gesichtspunkte: Psychopharmaka absetzen bedeutet unter anderem Bereitschaft zu mehr Selbstverantwortung. Die Behandlung von psychischen Leiden und akuten Konflikten wird nicht mehr primär in die Hände von Psychopharmaka verschreibenden Ärzten gelegt: Man erklärt die eigene Zuständigkeit für seine Persönlichkeit.

Außer der Schulpsychiatrie gibt es noch andere, durchaus kontrovers-alternative Richtungen im Bereich der psychosozialen Versorgung, ähnlich wie es außer Vertretern der Atomlobby auch Experten für Solarenergie gibt. Eine sachliche Gegeninformation zu den Konzepten der Schulpsychiatrie ist nötig. So ist zum Beispiel weder die so genannte Psychoseprophylaxe durch Neuroleptika noch die angeblich Depressionsprophylaktische Wirkung der chemischen Antidepressiva überzeugend statistisch gesichert. Und zeigen Neuroleptika bei manchen Menschen positive Wirkungen, sind diese gegen die gravierenden Risiken zum Beispiel bei Langzeitbehandlung abzuwägen.

Für den Beginn des Absetzens soll ein guter Zeitpunkt gewählt werden, also nicht eine Periode mit besonders hoher Belastung.

Die Krise, die zur Langzeitmedikation führte, bedarf einer gründlichen Betrachtung und Aufarbeitung, zum Beispiel mit Hilfe eines Psychotherapeuten. Wünschenswert wäre die Bereitschaft, durch Absetzen von Psychopharmaka wieder die natürliche Wahrnehmung zu erreichen und sich nicht weiter mit chemisch modifizierten Sinneseindrücken zufrieden zu geben.

Praktische Erfahrungen von anderen mit einzubeziehen kann dienlich sein, zum Beispiel achtsame, schrittweise Dosisreduktion, eventuelle Ersatzmedikation oder alternative und flankierende Behandlungsmöglichkeiten.

Ein grundsätzliches Umdenken ist hilfreich: Aufkommende Stimmungen sollten ausagiert werden, soweit sie nicht schädlich für sich und andere sind, und Toleranz sollte geübt werden für Mitmenschen, die sich ebenfalls *sausagierend%* zeigen. Der römische Psychiater Prof. Tommaso Losavio hat dies einmal sinngemäß so formuliert: *Die Ver-rückten sollten ein bisschen normaler werden und die Normalen ein bisschen ver-rückter.*

Wie bereits erwähnt: Wer lange Zeit Psychopharmaka genommen hat und sie nunmehr absetzen will, sollte dies behutsam tun und eine Reihe von praktischen Hinweisen berücksichtigen.

## Meilensteine beim Absetzen

Die Angst vor dem Absetzen, vor allem von Neuroleptika, aber auch die Angst vor dem Absetzen bei Tranquilizerabhängigkeit kann bei Betroffenen immens sein:

- **Angst**, entgegen dem Ratschlag des behandelnden Psychiaters zu handeln, der zum Beispiel eine Neuroleptika-Langzeitbehandlung zur Psychoseverhindernden Prophylaxe erklärt hat (eine sProphylaxe% die unsicher ist)
- **Angst** vor der Reaktion der Angehörigen
- **Angst** vor dem Wiederauftreten einer psychischen Störung . nach Weglassen der angeblich heilenden Medikamente
- **Angst**, durch eine wiederkehrende Krise erneut in eine psychiatrische Klinik zu geraten.

Bei so viel Ängsten kann es sinnvoll sein, vorerst kein völliges Absetzen, sondern . als vorläufiges Ziel . nur eine deutliche Dosisreduktion anzustreben und die verminderte Dosis dann eine Weile beizubehalten. Gerade bei Neuroleptika ist es für Angstbeladene Menschen

hilfreich, beim Schrittweisen Absetzen einen anderen schemischen Krückstock angeboten zu bekommen, zum Beispiel statt Neuroleptika vorübergehend (!) Tranquilizer in Betracht zu ziehen. Angestrebt wird jedoch, auch die letzte Krücke, in diesem Fall den Tranquilizer, überflüssig zu machen oder ihn nur in Notfällen zu nehmen. Jeder sollte für sich entscheiden, ob er bzw. sie als Ziel ein grundsätzlich Psychopharmaka freies Leben anstrebt.

Beim Neuroleptika Entzug können zwischendurch stärkere (auch chemische) Beruhigungsmittel nötig und sinnvoll sein, zum Beispiel die eben erwähnten Tranquilizer, hier ist die regelmäßige Konsultation eines Arztes unabdingbar. Abhängigkeit von Tranquilizern lässt sich vermeiden, wenn man bestimmte Regeln beachtet: Tranquilizermedikation nur vorübergehend, Dosis nicht selbständig erhöhen, über das Abhängigkeitspotential informiert sein, bei Besserung des psychischen Befindens auch den Tranquilizer absetzen usw. Insgesamt bestehen bei Tranquilizern . trotz des Abhängigkeitsrisikos . deutlich weniger Nebenwirkungen als bei Neuroleptika. Zur Behandlung von Neuroleptika-Entzugssymptomen können auch Opiumtinktur oder Morphinum als natürliche Arznei . kurzfristig! . eingesetzt werden (hinsichtlich des Abhängigkeitsrisikos gilt, was zu Tranquilizern gesagt wurde).

**Was ist zu tun bei einer sich erneut anbahnenden psychischen Krise während des Entzugs oder danach?** Die Maßnahmen sind vielfältig und zum Teil auch bereits erwähnt; sie sollten nicht nur in therapeutischen Einzelgesprächen erörtert werden, sondern auch mit dem Lebenspartner oder wohlgesinnten Familienangehörigen und Freunden. In einer stützenden und Haltgewährenden psychotherapeutischen Behandlung ist die Problematik einer rezidivierenden Krise mit dem Betroffenen zu erarbeiten, um die diffusen Ängste zu vermindern und um die Selbstsicherheit zu mehren. Überdies kann es dienlich sein, schon vorher für den Notfall eine halbwegs akzeptable, psychotherapeutisch orientierte Klinik auszuwählen (Krankenkassen, Hausarzt und vor allem Selbsthilfegruppen befragen!).

Die skizzierten Ängste können über den konkreten Rahmen hinaus innerhalb psychotherapeutischer Gespräche durchaus Ansatz bieten, eigene Angststrukturen zu erkennen und zu bearbeiten.

### **Sich gründlich informieren**

Von der Vielzahl der Ratsuchenden Psychopharmaka Konsumenten kann ich aus terminlichen Gründen nur sehr wenigen eine Beratung in meiner Praxis anbieten. Die Mehrzahl ermuntere ich, mit ihrem behandelnden Psychiater zu verhandeln (wenn dieser nicht gerade ein hoffnungsloser Fall ist) oder einen konstruktiven Dialog mit dem Hausarzt zu suchen. Zuerst jedoch sollten sich die Betroffenen in Psychopharmaka kritischen Büchern und Videofilmen informieren (zum Beispiel Breggin<sup>1</sup> 1996; Lehmann<sup>2</sup> 1996a, 1996b; Rufer<sup>3</sup> 1995, 1997; Zehentbauer<sup>4</sup> 1989, 2006), sich ihrer Zielsetzung klar sein und dann vehement und charmant (fortiter in re, suaviter in modo) entschieden in der Sache, freundlich im Ton ihr Wollen vortragen: zum Beispiel schrittweises Reduzieren eines Neuroleptikums ... oder ... Wechsel von einem chemischen zu einem pflanzlichen Antidepressivum (Typ Johanniskraut) ... oder vorsichtiges Ausschleichen aus einer Carbamazepin- oder Lithium-Langzeitmedikation und statt dessen homöopathische Behandlung (bei einem Spezialisten) und/oder psychotherapeutische Behandlung ... oder ... ambulanter Entzug von Tranquilizerabhängigkeit ...

Überrascht bin ich immer wieder, dass ein forderndes Zugehen auf die rezeptierenden Ärzte gerade bei Hausärzten häufig weitreichende Erfolge hat. Dann kommen nicht nur die Betroffenen ihrem Ziel näher. Es ist auch Aufklärungsarbeit beim Arzt geleistet, gewissermaßen ist somit beiden geholfen.

<sup>1</sup>Peter R. Breggin: *Psychiatric drugs: Hazards to the brain*. New York 1983; *Giftige Psychiatrie*. Band 2, Heidelberg 1996; Peter R. Breggin, David Cohen: *Your drug may be your problem*. Cambridge 2000

Peter R. Breggin (b.1936, US Psychiater): *Giftige Psychiatrie Teil 2*. Was Sie über Psychopharmaka und Biologie bei Angst, Panik, Zwang, Essstörungen, Sucht und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten wissen sollten! Vorwort zur deutschen Ausgabe von Fritz B. Simon (1948-, Dr. med. habil, Psychiater, Prof. für Führung und Organisation am Institut für Familienunternehmen der UNI Witten/Herdecke, Vertreter der systemischen Psychologie, *Toxic Psychiatry* St. Martin Press 1991) AUER 1997; *The Anti-Depressant Fact Book*. What Your Doctor won't tell You about Prozac (Fluoxetine), Zoloft (Sertraline), Paxil (Paroxetine), Celexa (Citalopram) and Luvox (Fluvoxamine) DA CAPO 2001

<sup>2</sup>Peter Lehmann: *Schöne neue Psychiatrie*. Band 1: *Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken*. Berlin 1996 (a) *Schöne neue Psychiatrie*. Band 2: *Wie Psychopharmaka den Körper verändern*. Berlin 1996 (b)

<sup>3</sup>Marc Rufer: *Glückspillen: Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka*. München 1995; *irrsinn Psychiatrie*. 3. Auflage, Bern 1997; *Unterstützung bei Ver-rücktheitszuständen und beim Entzug psychiatrischer Psychopharmaka*. Vortrag beim Kongress *Alternativen zur Psychiatrie*. Veranstalter: Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen und Netzwerk Arche, Berlin, 19.-21.10.1990

<sup>4</sup>Josef Zehentbauer: *Die Seele zerstören. Neuroleptika, der größte Arzneimittelskandal des Jahrhunderts*. Video-Dokumentarfilm, München 1989; *Körpereigene Drogen. Die ungenutzten Fähigkeiten unseres Gehirns*. Düsseldorf 2005; *Chemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden*. 10. Auflage, Berlin 2006

### **Vorsorgemaßnahmen treffen**

Die begreifliche Angst vor Weidereinweisung in eine psychiatrische Klinik lässt sich vermindern, wenn man sich für Notfälle eine wenigstens halbwegs akzeptable Klinik sucht, die außerhalb

des rigiden Rahmens der Schulpsychiatrie arbeitet. Manche (aber keineswegs alle) so genannten psychosomatischen Kliniken sind überwiegend psychotherapeutisch orientiert und gegenüber Psychopharmaka eher zurückhaltend eingestellt. Eine Auswahl von psychosomatischen Kliniken erhalten sie von Ihrer Krankenkasse oder von Ihrem Hausarzt. Meist ist es sinnlos, einen Psychiater zu befragen, denn dieser reagiert üblicherweise dogmatisch simpel: „Psychotiker“, „Schwerst-Depressive“, „Schizophrene“ sollen in die psychiatrischen Landeskrankenhäuser oder psychiatrischen Universitätskliniken, die leichten neurotischen Fälle dürfen in die psychosomatischen Kliniken. Psychosomatische Kliniken sind meist Privatkliniken; die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen jedoch oft die Kosten eines stationären Aufenthalts. Ist jemand in einer akuten Krise, wird es schwer sein, eine stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik zu finden. Doch in seelisch ruhigeren Zeiten kann ein Aufenthalt in einer solchen Klinik helfen, die Psychodynamik und die biographischen Wurzeln der Krisen näher zu beleuchten und eine bestehende Psychopharmaka Medikation zu reduzieren oder abzusetzen. Obwohl sich viele psychosomatische Kliniken durchaus von psychiatrischen Anstalten (ob Landeskrankenhaus oder Universität) abheben, wird es für Psychiatriebetroffene nicht immer einfach sein, ihre Vorstellungen zum Beispiel bezüglich eines Neuroleptika Entzugs durchzusetzen.

### **Nichts überstürzen, bei Bedarf langsam absetzen**

Es gibt Betroffene, die bedenkenlos schlagartig auch höchste Dauerdosen von Psychopharmaka absetzen. Das kann mal gut gehen, jedoch muss man . insbesondere beim abrupten Absetzen von Neuroleptika . durchaus mit einer Entzugspsychose rechnen: *Halluzinationen, Paranoia, Angst- und Panikattacken, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Depressionen ...*

Der Schulpsychiater interpretiert eine solche Entzugspsychose willkürlich: Der Patient war nicht brav, hat seine Medikamente nicht genommen, und schon ist die Psychose wieder ausgebrochen. (Die meisten Schulpsychiater bestreiten überhaupt, dass beim plötzlichen absetzen von Neuroleptika Entzugspsychosen entstehen können, obwohl sie dies an sungehorsamen%Patienten erleben und obwohl in der internationalen Fachpresse darüber berichtet wird.)

Eine Entzugspsychose lässt sich vermeiden, wenn vorsichtiges, schrittweises Absetzen gewählt wird. Nach einer Langzeitmedikation kann der allmähliche, stufenweise Entzug zum Beispiel nach der **10%-Formel** geschehen: Die ursprüngliche Tagesdosis (zum Beispiel 100mg eines Psychopharmakons) wird um 10% reduziert (in unserem Beispiel also auf 90mg). Dies ist leicht zu handhaben bei Arznetropfen, bei Tabletten muss die  $\leq 10\%$ -Formel oft modifiziert. Wenn nach ein bis zwei Wochen keinerlei Entzugserscheinungen wie zum Beispiel Schlafstörungen, innere Unruhe, Depressionen auftreten, kann die Dosis um weitere 10% (dann auf 80mg) verringert werden. Auch der nachfolgende Dosisabbau geschieht in Schritten von ein bis zwei Wochen, bis schließlich die Dosis Null erreicht ist.

Nun noch einige Hinweise zu den einzelnen Medikamenten-Gruppen:

**Neuroleptika** [zum Beispiel Haloperidol (Haldol), Levomepromazin (Neurocil, Nozinan)]: Zeigen sich bei Dauermedikation bereits ernsthafte psychisch-körperliche Schäden und Störungen (hochgradige Dämpfung, Depressionen, Dyskinesien, Parkinsonsyndrom, hormonelle Störungen, andere internistische und neurologische Syndrome), kann ein etwas rascheres Reduzieren der Medikation angezeigt sein, eventuell unter Zuhilfenahme einer verträglicheren Ersatzmedikation. Auch ein Wechsel von klassischen Neuroleptika (wie Haldol) zu atypischen Neuroleptika [wie Clozapin (Leponex), Risperidon (Risperdal) , Amisulprid (Solian) oder Olanzapin (Zyprexa)] kann sinnvoll sein, selbst wenn längerfristig ein gänzlichliches Absetzen geplant ist. (einige Nebenwirkungen, zum Beispiel Muskelstörungen, zeigen sich bei atypischen Neuroleptika offenbar seltener.)

**Synthetische Antidepressiva** wie Amitryptilin (Saroten) und Clomipramin (Anafranil) oder die neueren so genannten Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Fluoxetin (Fluctin), Venlafaxin (Trevilor, Efectin) usw.: Will sich der versprochene antidepressive Effekt nicht oder nur ungenügend einstellen, kann die Langzeitmedikation nach obigem Schema . aber auch schneller . reduziert werden. Zeigen sich bedrängende Nebenwirkungen (die vor allem bei den klassischen Antidepressiva vielfältig sein können, von Harnverhaltung bis paradoxerweise depressive Verstimmtheit), kann rascheres, eventuell auch sofortiges Absetzen in Betracht kommen.

**Lithium:** Dies wird gewöhnlich über Jahre genommen. Ein Absetzen sollte hier über Monate, also besonders behutsam vorgenommen werden. (Ohnehin sollte Lithium wegen ernstzunehmender Risiken und hoher Vergiftungsgefahr nur von Menschen genommen werden, die mehrmals unter schweren depressiven oder manischen Krisen zu leiden hatten und dadurch existentiell gefährdet waren. Doch müssen die Betroffenen nach Aufklärung über Behandlungsrisiken selbst entscheiden, ob sie sich einer Lithium-



Langzeitmedikation unterziehen wollen. während einer Lithium-Dauermedikation werden die extremen Höhen und Tiefen menschlicher Gefühle abgeschnitten, so dass sowohl große Freude wie auch tiefe Trauer nur abgedämpft empfunden wird. Manche Betroffene erleben diese Einengung ihres emotionalen Spektrums als sehr unangenehme chemische Manipulation, verzichten lieber auf Lithium und nehmen bewusst das Risiko einer erneuten psychischen Krise in Kauf.)

**Carbamazepin** (zum Beispiel Tegretal, Tegretol): Dieses Mittel, primär als Antiepileptikum bekannt, wurde vom früheren Bundesgesundheitsamt für den psychiatrischen Einsatz eigentlich nur für den Fall zugelassen, dass Lithiumtherapie versagt hat oder Lithium nicht angewendet werden darf (Bunkert 1995, S. 80). Der so genannte prophylaktische Effekt einer Carbamazepin-Langzeitbehandlung ist offenbar deutlich geringer als bei einer Lithium-Langzeitbehandlung. ein behutsames Absetzen ist auch in diesem Fall anzuraten.

**Tranquilizer** [zum Beispiel Diazepam (Valium), Oxazepam (Adumbran, Praxiten)] Diese Pillen haben viele subjektiv angenehme Wirkungen (beruhigend, vegetativ harmonisierend, antidepressiv, Gefühl von lascher Glücklichkeit, angstlösend, schlaffördernd usw.), so dass sie suchterzeugend sein können. Im Gegensatz zu Neuroleptika, die oft unter direktem Zwang (zum Beispiel bei rechtlicher Betreuung) oder indirektem Zwang (zum Beispiel Angst-Mache vor erneuter Psychose) genommen werden, werden Tranquilizer überwiegend freiwillig konsumiert, doch oft aus Unwissenheit über die Wirkungen. Bei niedrig dosierter Langzeitmedikation kann sofortiges Absetzen möglich sein, bei hoch dosierter Abhängigkeit wäre ein stationärer Entzug in einer geeigneten Klinik empfehlenswert. Die Absetzsymptome ergeben sich aus den vorher geschilderten, positiv empfundenen Effekten der Tranquilizer: innere Unruhe, Angst- und Verwirrheitszustände, Depressionen, Schlaflosigkeit, vegetative Störungen wie Schweißausbrüche und Pulsrasen. Unterstützende Maßnahmen beim Entzug, wie sie unten skizziert werden, sind auch hier anratenwert.

### **Flankierende Hilfen beim Absetzen**

Schwierig ist der Umgang mit Betroffenen, die zum Beispiel relativ hoch dosierte Neuroleptika und Tranquilizer als Dauermedikation haben und zum Absetzen nicht bereit sind, obwohl medikamentös induzierte Störungen bereits offen erkennbar sind (bei Neuroleptika zum Beispiel Dyskinesien, Akathisie, Depressionen; bei hoch dosierter Dauereinnahme von Tranquilizern Schläfrigkeit, Gleichgültigkeit, Persönlichkeitsabflachung usw.). Manchmal ist auch ein falsches Vertrauen in neue, angeblich verträglichere Medikamente ein Hindernis zum Absetzen. (Zu erwähnen sind hier die schon genannten neuen, atypischen Neuroleptika, die zwar weniger einschneidende motorischen Nebenwirkungen als die alten Neuroleptika zeigen, aber immer noch horrende Risiken in sich tragen und zu massiven Persönlichkeitsveränderungen führen können.)

Bei großer Unsicherheit bezüglich des Absetzens muss man sich manchmal ein ganzes Potpourri an flankierenden Maßnahmen als Ersatz für die Dauermedikation ausdenken, um wenigstens eine gewisse Bereitschaft für ein Psychopharmaka freies Leben anzubahnen. Einige einfühlsam-psychotherapeutische Gespräche können eine gewisse Vertrauensbasis schaffen, von der aus der Verzicht auf Psychopharmaka schrittweise angegangen werden kann.

Die beschriebene stufenweise Entziehung nach der 10%-Formel ist . von Ausnahmen abgesehen . ein ziemlich vorsichtiges Vorgehen und dauert relativ lang. Rascheres Entziehen ist möglich, wenn beispielsweise parallel ein alternatives Ersatzmedikament (zum Beispiel ein pflanzliches Mittel) genommen wird, eine vertrauensvoll - intensive psychotherapeutische Stützung eventuell mit mehreren Treffen pro Woche oder ein Aufenthalt in einer geeigneten, freundlichen psychotherapeutischen/psychosomatischen Klinik gegeben ist.

Es ist nötig, den Lebenspartner, Freunde oder gegebenenfalls Angehörige in das Vorhaben „Absetzen der Psychopharmaka“ einzuweihen.

Für ausreichende Entspannung und genügend Schlaf ist zu sorgen. Beruhigungstee und warme Bäder können förderlich sein. Sehr anzuraten ist das Erlernen von autogenem Training oder anderen Entspannungsübungen, zum Beispiel Yoga oder Meditationstechniken; das Erlernen sollte jedoch in krisenfreien Zeiten geschehen.

Die unterstützende Gabe von B-Vitaminen (vor allem Thiamin B1 und Pyridoxin B6) und von Vitamin E kann Neuroleptika bedingte Störungen etwas vermindern; dabei sind intramuskuläre Injektionen bei den B-Vitaminen manchmal sinnvoller als Tabletteneinnahme. weitere Begleitmedikationen aus dem Bereich der Pflanzenheilkunde können sinnvoll sein: Johanniskraut gegen Depressionen oder Baldrian, Hopfen, Melisse usw. (so genannte Phytotranquilizer) zur angenehmen Beruhigung und leichter Angstlösung.

<sup>1</sup>Patrick Holford: sErnährung für die Psyche(Optimum Nutrition for the Mind) VEDA NUTRIA 2004 (2003), sBeat Stress & Fatigue%PIATKUS 2005 (1999)

## Ernährung und Psyche

Kurz zu dem großen Thema sErnährung und Psyche%oAusgewogene, vitaminreiche Kost ist während des Entzugszeitraums empfehlenswert, überdies sollte in dieser Zeit überdurchschnittlich viel Flüssigkeit (zum Beispiel Mineralwasser, Kräutertee) getrunken werden, weil damit die Entwässerung und die Ausscheidung der Psychopharmaka gefördert werden.

Für die psychische Stabilisierung ist es außerdem äußerst günstig, grundsätzlich auf den Verzehr von Fleisch, Wurst und Fisch zu verzichten, also: keine Tiere zu töten und keine Tiere zu essen.

Leider sind nur wenige Psychiatriebetroffene bereit, im Rahmen des Psychopharmaka Entzugs oder zur Behandlung psychischer Leiden Anregungen aus dem Bereich sErnährung und Psyche%zu übernehmen. Dabei stellen sich bei einer radikalen Ernährungsumstellung oft frappierende Erfolge ein, zum Beispiel nach den Konzepten der sKlinischen Ökologie%oder der sOrthomolekularen Medizin%(um nur zwei Richtungen von mehreren zu nennen).

Vereinfacht gesagt, geht die Klinische Ökologie davon aus, dass individuell unverträgliche Stoffe, zum Beispiel in Nahrungsmitteln, nicht nur eine körperliche Allergie, sondern auch eine spsychische Allergie%o auslösen können (was sich dann unter anderem als Depression, Paranoia oder Angstattacke äußern kann). Durch eine . durchaus aufwendige . Austestung der individuell unverträglichen Nahrungsbestandteile lässt sich schließlich eine Diät finden, die zu einer merklichen Besserung oder zum Abklingen psychischer Störungen führen kann. Auch während eines Psychopharmaka-Entgiftungsprozesses kann eine solchermaßen gefundene sPsychodiät%oflankierend nützlich sein (siehe Calatin<sup>1</sup> 1995; Pfeiffer<sup>2</sup> 1986; Randolph<sup>3</sup> / Moss 1995

<sup>1</sup>Anne Calatin (Hg.): sErnährung und Psyche. Erkenntnisse der klinischen Ökologie und der orthomolekularen Psychiatrie%6. Auflage, Heidelberg 1995

<sup>2</sup>Carl Curt Pfeiffer: sNährstoff-Therapie bei Geisteskrankheiten%Heidelberg 1986

<sup>3</sup>Theron Randolph, Ralph Moss: sAllergien . Folgen von Umwelt und Ernährung. Chronische Erkrankungen aus der Sicht der Klinischen Ökologie%7. Auflage, Heidelberg 1995

Die Orthomolekulare Medizin [nach dem zweifachen Nobelpreisträger Linus Pauling (1901-1994)] versucht geistig-seelisches Wohlbefinden dadurch zu erreichen, dass die richtigen (sortho%oSubstanzen (sMoleküle%o zum Beispiel Vitamine, Spurenelemente) in der richtigen Konzentration im Körper vorhanden sein müssen. Seit langem ist bekannt, dass ein relativer Mangel an bestimmten Vitaminen zu schwerwiegenden psychischen Entgleisungen führen kann. So entsteht beispielsweise bei einem Vitamin B1- (Thiamin) Mangel eine schwere psychische Störung, die die Schulpsychiatrie als sSchizophrenie%o (fehl-)klassifizieren und fälschlicherweise mit Neuroleptika bekämpfen würde. Die Orthomolekulare Medizin betont, dass durch die Behebung eines Stoffmangels, den man vorher durch aufwendige Laborbestimmungen festgestellt, psychische Beschwerden gemildert oder behoben werden. Darüber hinaus untersucht die Orthomolekulare Medizin die gesundheitlichen Auswirkungen giftiger Metalle wie Blei, Quecksilber, Aluminium, Kupfer oder Cadmium, die auf dem Weg der Umweltverschmutzung in den menschlichen Organismus eindringen und die psychische Balance kippen können (siehe Pauling<sup>1</sup> 1990, s. 123ff.).

<sup>1</sup> Linus Pauling: sLinus Pauling's Vitamin-Programm. Plädoyer für ein gesundes Leben%München 1990

Abram Hoffer (1917- ) , Linus Pauling (1901-94): sOrthomolecular Treatment for Schizophrenia . Megavitamin supplements and nutritional strategies for healing and recovering%KEATS Publishing 1999, sNew hope for Cancer Patients, their Families and Friends - Vitamin C & Cancer, Discovery . Recovery - Controversy%QUARRY HEALTH BOOKS ISBN: 1-55082-078-8, gekauft 26.10.2002

Abram Hoffer (1917- ), Morton Walker: sPutting it all together - The new Orthomolecular Nutrition%KEATS Publishing 1996

Carl Curt Pfeiffer (1908-88, MD, PhD): sNährstoff-Therapie bei psychischen Störungen%HAUG 1993 4.Auflage (1970) Aus dem englischen bearbeitet von Dr. Lothar Burgerstein.

## Mobilisierung körpereigener Drogen

Die meisten Menschen kennen nur die exogenen, das heißt von außen . meist als Pillen . zugeführten Drogen, zum Beispiel Morphium oder Valium. Doch die wenigsten wissen, dass unser Körper eigene Psychodrogen herstellt. Die Entdeckung der körpereigenen Drogen ist ein sensationeller Erfolg der Humanwissenschaften in der Zeit der Jahrtausendwende. Bislang ungeahnte Möglichkeiten eröffnen sich. In seinem Körper hat jeder Mensch körpereigenes Morphium [Endorphin], das stark beruhigend und antidepressiv wirkt, eigene angstlösende Stoffe (zum Beispiel körpereigenes Valium), diverse körpereigene Antidepressiva (zum Beispiel Noradrenalin), körpereigene Stoffe, die Phantasie, Motorik und Sexualität fördern (zum Beispiel Dopamin) ... Die körpereigene Apotheke bietet weit mehr Möglichkeiten, als die Pharmaindustrie liefern kann.

Aber es ist . zumindest anfangs . bequemer, eine ärztlich rezeptierte Psycho-Pille zu schlucken, als mit Hilfe mentaler oder somatischer Techniken die körpereigenen Drogen zu stimulieren. Gezielt lassen sich beispielsweise die Endorphine (körpereigene Morphinstoffe) mobilisieren; die Wirkung dieser körpereigenen Drogen ist beruhigend-antidepressiv-schmerzstillend. Hinzu kommen körpereigene Drogen, die unsere Intelligenz, Phantasie und Antriebskraft aktivieren, die schlaffördernd und stimmungsaufhellend sind oder sexuell anregen usw. (Näheres siehe Josef Zehentbauer: *skörpereigene Drogen. Die ungenutzten Fähigkeiten unseres Gehirns* Dusseldorf 2005). Das stimmungsaufhellende, freudig machende Noradrenalin schnell in die Höhe bei Trampolin hüpfen, Bungeespringen, ausgelassenem Ballspiel oder fröhlicher Musik (um nur wenige Beispiele zu nennen) . und durch Noradrenalin werden wir heiter und lachen, ob wir wollen oder nicht. Während des Marathonlaufes werden wir innerlich von Endorphinen überschüttet. Ähnliches geschieht bei Wiegenliedern, beim Sufi-Tanz oder während der Imagination entsprechender innerer Bilder, und im Rausch der körpereigenen Endorphine verfliegen Depressionen, Unruhe und Ängste. Muskelrelaxierung, autogenes Training und entspannende Musik fördern das körpereigene Valium, das uns in wohliges Glücklichessein versetzt, ohne jegliche rezeptpflichtige Droge. Ver-rücktes Leben (zum Beispiel Gesichter bemalen außerhalb der Faschingszeit, nackt tanzen auf der Straße) lässt Dopamin durch unser Gehirn wirbeln und treibt uns an die Grenzen zwischen Genie und Wahnsinn: Wer diese Ver-rücktheiten einigermaßen steuern kann, gerät auch nicht in die Fänge der Psychiatrie ... Das Experimentieren mit stimulierenden oder harmonisierenden skörpereigenen Drogen%ist ein faszinierendes Forschungsgebiet, das erstaunliche Aspekte der Selbstregulierungskräfte unserer Seele zeigt!

### **Wissenswertes Zusatzinformationen**

Beim Absetzen ist zu bedenken, dass einige Psychopharmaka sehr lange Halbwertszeiten (das heißt Verweildauer im Körper) haben. Entzugssymptome oder das Wiederauftreten von Beschwerden, die vorher medikamentös weggedämpft worden sind, können sich deshalb nach einem oder mehreren Tagen oder gar erst nach ein bis zwei Wochen oder noch später einstellen.

Erheblicher Kaffee- und Nikotinkonsum schwächt die Neuroleptikawirkung ab, speziell die dämpfende Müdigkeit und die Parkinsonstörungen. Wenn beim schrittweisen Entzug gleichzeitig . was an sich wünschenswert ist . Kaffee und Nikotin erheblich eingeschränkt werden, kann selbst eine reduzierte Neuroleptikadosis wieder stärkere Wirkung zeigen.

Manche nehmen eine Kombination von mehreren Psychopharmaka (zum Beispiel tagsüber das hochpotente Neuroleptikum Haldol, abends den Tranquilizer Adumbran, das Antidepressivum Saroten oder das niederpotente Neuroleptikum Neurocil). Hier ist es meist empfehlenswert, zuerst das Neuroleptikum schrittweise wegzulassen (siehe oben); als letztes sollte der Tranquilizer (ebenfalls schrittweise) reduziert werden bis zur Nulldosis.

### **Psychotherapie und Selbsthilfe**

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann einen wertvollen Erfahrungsaustausch und das Gefühl schaffen, mit der Absetzproblematik nicht alleine zu sein. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass sich die Betroffenen von ihrer lebenslang anezogenen Arztgläubigkeit befreien und bereit sind, sich mit der Wirkungsweise und den Auswirkungen von Psychopharmaka auseinanderzusetzen und Selbstverantwortung zu übernehmen.

Eine wichtige Stütze beim Entzug von Psychopharmaka kann Psychotherapie sein. Mit *sPsychotherapie*%ist in diesem Zusammenhang eine vor allem stützende, haltgewährende Beziehung gemeint, in der auch die Bewältigung von Alltagsproblemen zum Thema werden kann. Ob als Methodik hier Gesprächs-, Gestalt- oder Verhaltenstherapie überwiegt, ist dabei weniger relevant. Wesentlich ist ein möglichst großes Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Therapeut. Während der Absetzphase von Psychopharmaka können ein bis zwei Treffen alle zwei Wochen (die auch jeweils nur zehn Minuten dauern können) sinnvoll sein, dann kann je nach Entwicklung eine Therapiestunde (a 50 Minuten) folgen.

Ziel einer Psychotherapie ist es nicht, einen Betroffenen zu ändern und ihn wieder in die Normalität einzupassen, sondern ihn zu akzeptieren wie er ist. Selbst die ver-rücktesten Verhaltensweisen lassen sich verstehen (oder zumindest akzeptieren), wenn wir die Äußerungen und Handlungen eines psychisch auffälligen Menschen wie einen Traum oder einen Alptraum betrachten. Die anfänglich fremd scheinende Ideenwelt eines verrückten Menschen lässt sich dann symbolhaft nachvollziehen.

Der römische Psychologe Giovanni Jervis (1933-2009) unterscheidet die Psychotherapie durch *sSpezialisten*% (also Psychologen, Psychotherapeuten usw.) von der Psychotherapie durch *sNichtspezialisten*% (Pförtnerinnen, Barkeeper, Kneipenwirte usw.). Psychische Unterstützungen durch

sensible Freunde, einfühlsame Bekannte oder einfach Menschen, die zuhören können, mitfühlen, ebenfalls betroffen und dennoch von den eigenen Erlebnissen nicht völlig besetzt sind. Solche natürlichen Helfer sind in Krisen- und Notsituationen nicht immer greifbar (und gäbe es mehr von dieser Sorte, würden sich Krisen vermutlich gar nicht erst zuspitzen).

In den Händen konservativer Psychiater und Therapeuten wird Psychotherapie zu einem entsprechend konservativen Verfahren. Psychotherapeutisch tätige Psychiater wollen psychische Störungen oft mit allen Mitteln unterdrücken und die bestehende Persönlichkeitsstruktur in Richtung auf eine angeblich erstrebenswerte Normalität verändern. Reichen psychotherapeutische Maßnahmen für dieses Vorgehen nicht aus, werden oft leichtfertig Neuroleptika und Antidepressiva eingesetzt, notfalls steht die Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung bevor. Dennoch muss zugestanden werden: Es gibt Situationen, in denen die Einnahme von Psychopharmaka – zum Beispiel von Tranquilizern oder Antidepressiva – hilfreich ist. Die Betroffenen sollen jeweils selbst entscheiden.

Der US-amerikanische Psychotherapeut Carl Rogers (1902-1987) entwickelte eine Vorstellung von Psychotherapie, die – obwohl dies nicht seine primäre Intention war – der Schulpsychiatrie zuwiderläuft. Der Patient, den Rogers Klient nennt, soll durch therapeutische Treffen seine Persönlichkeit selbst weiterentwickeln. Es wird vom Therapeuten verlangt, dass er sich in den anderen Menschen einfühlt, ohne ihn zu beurteilen oder zu analysieren, dass er ihm menschliche Wärme entgegenbringt und ihn achtet, so wie er ist. All das soll nicht therapeutische Fassade oder Technik sein, sondern die tatsächliche Einstellung des Therapeuten widerspiegeln: wirklich zwischenmenschliches Mitfühlen. Kann ein Therapeut sich nicht in einen anderen einfühlen oder ihn nicht uneingeschränkt in seinem So-Sein akzeptieren, soll er keine Therapie beginnen oder fortführen. Psychotherapie heißt für Rogers eine gewisse Art von Beziehung herstellen, in welcher der Klient in sich die Fähigkeit entdecken soll, sich mit Hilfe dieser Beziehung zu verändern und zu entwickeln. Dadurch soll er zunehmend mehr Selbstverwirklichung, Selbstverantwortlichkeit und Autonomie erreichen.

Wie bereits erwähnt, kann Psychotherapie in den Händen von Schulpsychiatern ein Mittel zur nichtmedikamentösen Dämpfung und zur Wiederanpassung an die herrschende Normalität sein. Jedoch kann Psychotherapie bei eher antipsychiatrisch und humanistisch eingestellten Therapeuten eine wesentliche Hilfe sein beim Entzug von Psychopharmaka und darüber hinaus Unterstützung beim Versuch, eine eigene Lebensphilosophie zu entwickeln und mehr Freiheit zu verwirklichen. Wichtig ist, wie bereits erwähnt, dass sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Therapeut entwickelt und dass Psychotherapie Hilfe zur Selbsthilfe wird. Manchmal reichen wenige therapeutische Sitzungen aus, manchmal entsteht ein therapeutischer Prozess erst nach mehreren Wochen oder Monaten. Manchmal ergibt sich eine so genannte niederfrequente, haltgewährende psychotherapeutische Beziehung. (Therapiesitzungen finden dann nur alle drei bis sechs Wochen statt). Manchmal ist Gruppentherapie förderlich, manchmal sind Einzelstunden bereichernder für den Klienten.

Und – nicht vergessen: Nicht nur von Psychopharmaka kann man abhängig werden, sondern auch von Psychotherapie. Hier ist achtsames Vorbeugen nötig, vor allem vonseiten des Therapeuten: nach Stabilisierung des Klienten möglichst niedrige Frequenzen der Therapiestunden (zum Beispiel eine Therapiesitzung alle ein bis zwei Wochen); sobald vertretbar Behandlungspausen (ein bis mehrere Wochen); einige psychotherapeutische Instrumente zur Selbsthilfe anbieten und gegebenenfalls üben (zum Beispiel Entspannungs- und Atemübungen, Reflektieren über Träume, Tagebuch führen, bewusstes Leben, biographische Arbeit und Selbstanalyse, Übungen aus Gestalt- und Verhaltenstherapie usw.); trotz Empathie, menschlicher Wärme und Wertschätzung soll der Therapeut auf freundliche Distanz bedacht sein (überschaubares Timing, eindeutige Klarheit über die Künstlichkeit der therapeutischen Beziehung und deren zeitliche Begrenzung); Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen sollen gefördert werden und achtsamer Umgang mit sich und anderen; die eigene Lebensphilosophie entwickeln, den Sinn seines Lebens entdecken...

## Resümee

Auffällige psychische Stimmungen wie Depressionen, Euphorie, übermäßiger Tatendrang, leidvolle seelische Störungen, Wahrnehmungsveränderungen oder Visionen können durch entsprechende Dosen chemischer Drogen normalisiert werden.

Die besonderen seelischen Zustände können jedoch – zum Beispiel nach dem Entzug von Psychopharmaka – auch ausgelebt (ausagiert) werden und so zu wichtigen individuellen, aber auch gesellschaftlich-relevanten Erkenntnissen und Erfahrungen beitragen.



Psychische Krisen können durchaus eine Chance sein, die eigenen Lebensumstände und die allgemeine soziale Situation kritisch wahrzunehmen, infrage zu stellen und nach möglichen Änderungen und nach neuen Wegen zu suchen.

Haben Sie Mut, auf seelisch einengende Psychopharmaka (unter behutsamen Absetzregeln) zu verzichten. Haben Sie Mut, den Klang Ihrer Seele zu erweitern.

## Die Gefühle als Moleküle

Eine aufsehenerregende Entdeckung hat das neomaterialistisch-naturwissenschaftliche Bild vom Menschen verändert: die Entdeckung der Botenstoffe, die auch Neuro-Transmitter oder körpereigene Drogen genannt werden.

Ob wir uns ärgern oder glücklich sind, ob wir uns entspannen oder hyperaktiv sind, ob wir voller Kreativität sprühen oder Lust auf Sex haben. All dies lässt sich bio-chemisch erklären: Es sind winzige Botenstoffe, kleinste Moleküle, die in unserem Gehirn und im gesamten Körper hin- und herlaufen und unsere Gefühle und Gedanken von einer Nervenzelle zur anderen, von einem Organ zum anderen transportieren.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Gegenwart beweisen: All unsere Gefühle und Gedanken, unser Wahrnehmen und Handeln werden von diesen Boten-Molekülen getragen, weitergeleitet und verarbeitet. Ohne Botenstoffe ist materiell gesehen Denken und Fühlen nicht möglich.

Jahrhundertlang ist das Rätsel, ob die Seele des Menschen auch körperlich fassbar ist, ob die Gedanken Materie besitzen. Als Bindeglieder zwischen Seele-Geist und Körper-Materie agieren die Botenstoffe, die körpereigenen Drogen.

Die Botenstoffe sind gewissermaßen ein sichtbarer Teil unserer Seele, ein materielles Äquivalent unserer Gedanken und Gefühle, aber: Gedanken und Gefühle und unsere gesamte Seele sind nicht gleichzusetzen mit den materiell nachweisbaren Botenstoffen.

Die Entdeckung der Botenstoffe ist interessant und mag sensationell sein, letztendlich sind wir aber dem Geheimnis der Seele dem Geheimnis des Urgrundes der Materie-Teilchen keinen Schritt näher gekommen.

Dennoch lässt sich das Wissen um die körpereigenen Drogen und die Kenntnis ihrer gezielten Stimulierung therapeutisch einsetzen, auch im Sinne einer Selbstregulierung.

Aus: Josef Zehentbauer: Abenteuer Seele. Psychische Krisen als Chance. Kapitel: Modelle der menschlichen Psyche. Unterkapitel: Die Gefühle als Moleküle. Seite 36f. ALBATROS 2012 (2000)

### Über den Text Autor:



**Dr. med. Josef Zehentbauer** (b.1945) ist Arzt und Psychotherapeut in München;

Dozent im Fortbildungsbereich; Autor auflagenstarker Bücher (wie "Körpereigene Drogen", "Abenteuer Seele" etc.). Mitarbeit bei zahlreichen Fernseh- und Rundfunksendungen; vielfältige Vorträge und Veröffentlichungen über Psychopharmaka / Psycho-Drogen / kritischer Umgang mit Arzneimitteln; Alternativen zur Schul-Psychiatrie; therapeutische Wege und Würde des Menschen; Melancholie . Depression; Existentialismus . Religion ohne Gott; Genie und "Wahnsinn"; Psychosomatik und Psychotherapie; Liebe als Heilmittel, Selbstheilungskräfte der Seele, etc. Josef Zehentbauer ist Mitbegründer von "youventus international" [www.youventus-international.de/](http://www.youventus-international.de/), eine Organisation, die Jugendlichen aus der Dritten Welt einen Aufenthalt in Deutschland ermöglicht. Aus: [www.josef-zehentbauer.de/](http://www.josef-zehentbauer.de/)

Dr.med. Josef Zehentbauer ist verheiratet und Vater von vier Kindern; langjährige Tätigkeit als Allgemeinarzt und Psychotherapeut in einer psychosomatisch-orientierten Gemeinschaftspraxis in München. Früher ärztliche Tätigkeit in Afrika (Nigeria) und Indien (Kalkutta), mehrjährige Arbeit in der Neurologie, in verschiedenen psychiatrischen Kliniken und der Akutstation einer Nervenheilanstalt sowie gemeinsame Projekte mit Franco Basaglia (1924-1980, ital. Psychiater) und anderen Exponenten der 'Kritischen Psychiatrie' Italiens. Mitarbeit an Fernseh- und Rundfunksendungen zum Thema Psychopharmaka. Zahlreiche Veröffentlichungen, Vorträge und Seminare über Psychiatrie, Psychopharmaka/Psycho-Drogen, Medizinkritik, Psychotherapie und alternative Heilverfahren. Aus: [www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/zehentbauer.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/zehentbauer.htm)

Ein westlicher Psychotherapeut im Gespräch mit dem indischen Lehrer Duvanenanda in Kalkutta:

Duva: *Was machst du als Psychotherapeut?*

Therapeut: Ich versuche, psychische Störungen zu lindern und mehr Selbst-Bewusstsein ins Leben zu bringen.

Duva: *Mehr Selbst-Bewusstsein . ist das gut?*

Duva lacht: *Selbst-Bewusstsein bringt Dualität ins Leben. Verschleiern die Wahrheit und schafft . durch Zwiespalt . Leiden. Gib deinem Hund Selbst-Bewusstsein, und er wird unglücklich werden.*

Aus: Josef Zehentbauer: Abenteuer Seele. Psychische Krisen als Chance. Kapitel: Ur-Seele und Individual-Seele . Unterkapitel: Bewusst-Sein und so genanntes Unbewusst-Sein. Seite 51. ALBATROS 2012 (2000)

**Normal ist**, wer nicht auffällt, wer sich in die bestehende staatliche und familiäre Ordnung einfügt, wer in den immer komplexeren Lebens- und Arbeitszusammenhängen optimal und pflegeleicht funktioniert, seine Krisen still und lautlos überwindet, ohne Sand ins Getriebe des gesellschaftlichen Lebens zu streuen. Wer aber auffällig wird, wer den vorgeschriebenen Alltagstrott erheblich stört, der läuft Gefahr, psychiatrisiert zu werden, d.h. als psychisch krank eingestuft zu werden und in die Psychiatrie-Mühlen zu geraten.

Die Hauptaufgabe der Psychiatrie ist es, psychisch auffällige Menschen durch Therapie und Rehabilitation wieder an die herrschende Normalität anzupassen, ihnen ihre ursprüngliche Funktion in Familie und Beruf zurückzugeben. Das Wollen

und das Wohlergehen eines psychisch abweichenden Menschen ist dabei sekundär . notfalls wird der Normalisierungsprozess mit Hilfe indirekter oder direkter Zwangsmaßnahmen durchgeführt, eine Zwangsbehandlung verordnet oder die Unterbringung auf geschlossenen Stationen.

Psychisch auffällig werden kann jeder, zum unangepassten Außenseiter wird man schnell: Manche versagen an den übergroßen Anforderungen ihrer Umgebung und flippen aus; andere verweigern ihre sPflichterfüllung%z.B. als Schüler, Arbeiter oder Hausfrau oder protestieren auf ungewöhnliche Weise gegen das absurde Ordnungsdenken und zeigen dadurch sanormales%Verhalten; wieder andere haben lediglich ein nicht-durchschnittliches Sexualverhalten, gehören einer rassistischen Minderheit an oder sind aggressiv-wilde Künstler, Hochstapler oder arbeitslose Lebenskünstler, Pessimisten, Melancholiker, Hysteriker, Abweichler oder Phantasten.

Der Dichter und Weltverbesserer Friedrich Schröder Sonnenstern (1892 Tilsit-1982 Berlin) verbrachte einen Großteil seines Lebens in psychiatrischen Anstalten: sWir haben Chemikalien, wir haben alles. Aber es gibt nur ein Heilmittel, und das ist Wärme!%

### sWer ist psychisch gesund und wer ist psychisch krank?

Es gibt keine klare Grenze zwischen dem so genannten Normalverhalten und der psychischen Störung, zwischen Normal-Sein und Verrückt-Sein . außer jener Grenze, die man gewaltsam zieht. Melancholie, zwanghaftes Handeln, unklare Angstzustände gehören genauso zum Menschen und seinen Ausdrucksmöglichkeiten wie etwa eine extravagant-versponnene Beurteilung der eigenen Person bzw. der Umgebung (sWahnvorstellungen% oder außerordentliche, irrealer Sinneseindrücke (sWahrnehmungsstörungen% oder sHalluzinationen% oder spirituelle Erfahrungen, Ekstasen oder eidetische Fähigkeiten [Eidetik ist eine besondere Qualität des Vorstellungsvermögens. Die Vorstellungen eines Eidetikers können so realistisch wie Wahrnehmungen sein, wobei er . im Gegensatz zum halluzinativen Erlebnis . weiß, dass seine Vorstellungen keine Wahrnehmungen sind.] ...

Leider ist es so, dass die herrschende Psychologie und Psychiatrie alle Lebensformen, die vom grauen Alltag deutlich abweichen, als krankhaft diskriminiert. Übersinnliche Wahrnehmungen und magische Verhaltensweisen, die bei den Medizinmännern im Dschungel oder bei den Schamanen in Sibirien zur alltäglichen Erfahrung gehören, würden von einem herkömmlichen Psychiater als paranoid, psychotisch, schizophren eingestuft. Unsere Psycho-Wissenschaften erkennen und definieren nur einen sehr schmalen Bereich psychischer Befindlichkeit als snormal% dagegen gelten leichte Abweichungen als sPsychopathien% sNeurosen% oder sVerhaltensstörungen% während erhebliche Abweichungen als sPsychosen% bezeichnet werden.

Das vorgeschriebene normale Leben eines Durchschnittsbürgers gilt in unserer Gesellschaftsordnung erklärtermaßen als ein sgesundes Leben% doch immer mehr Durchschnittsbürger merken, dass es ihnen in Wirklichkeit an Gesundheit fehlt . an Gesundheit im Sinne von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden. Der ständige Druck, die ständige Bemühung snormal% zu erscheinen, kann so aufreibend sein, dass sie körperliche und seelische Störungen hervorruft. Hier muss man sich fragen, ob es nicht sgesünder% ist, aus dem Normalitätszwang auszubrechen, auch wenn dabei Verhaltensweisen auftreten, die als anormal, krankhaft oder psychotisch bezeichnet werden.

Wir haben bereits erwähnt, dass das öffentlich finanzierte Psycho-Versorgungssystem [die staatlich oder durch Krankenkassen finanzierten Institutionen, z.B. die psychotherapeutischen Praxen, die psychosomatischen und psychiatrischen Krankenhäuser und die Universitätskliniken mit ihren psycho-wissenschaftlichen Einrichtungen] und letztlich auch der sfreie% Psycho-Markt die Aufgabe haben, die innerliche Auflehnung des einzelnen zu dämpfen oder sie kontrolliert abreagieren zu lassen. Der Einzelne soll in die Gesellschaft wieder eingepasst oder notfalls von ihr abgesondert werden (z.B. in psychiatrische Anstalten) . Dadurch wird das Psycho-Versorgungssystem auch zu einer Ordnung schaffenden Instanz. Dem entspricht auch das psychiatrische Krankheitsverständnis, das schwere psychische Störungen nicht als psychische Reaktion auf unerträgliche Lebensverhältnisse begreift, sondern sie als sschicksalhafte% organische Hirnerkrankungen oder als Stoffwechselstörung des Zentralnervensystems einstuft, obwohl hierfür schlüssige Beweise fehlen. Andererseits weiß man, dass biochemisch definierte Stoffwechselstörungen durch psychische Krisen ausgelöst werden können. Insgesamt lässt sich sagen: Psychische Störungen, auch die so genannte Schizophrenie oder die Depression, sind im Grunde als unbewusste Auflehnung gegen ausweglose Lebenssituationen oder als Verzweiflungsreaktion zu verstehen.

Das einseitig Organ-orientierte Krankheitsverständnis dient den Psycho-Wissenschaften als Grundlage für ein Therapiekonzept, das sich an Chemie und Technik ausrichtet und das vor allem mit Hilfe von Psychopharmaka die sseelischen Defekte% reparieren will. In diesem Zusammenhang werden die Psychopharmaka oft als Heilmittel bezeichnet: Ähnlich wie Penicillin die eitrige Mandelentzündung beseitigt, soll angeblich Haloperidol oder ein anderes Neuroleptikum die Paranoia [Bezeichnung für eine psychische Störung, in deren Mittelpunkt Wahnbildungen stehen] zum Verschwinden bringen.

Aber: Psychopharmaka sind keine Heilmittel! Psychopharmaka können manchmal psychisches Leiden lindern, Angst oder innere Unruhe dämpfen, aber sie können einen Menschen nicht oder nicht endgültig von einer tiefen depressiven Stimmung oder von Halluzinationen befreien.

Und: Einige chemische Psychopharmaka haben äußerst gefährliche sNebenwirkungen% Bei längerer oder hoch dosierter Anwendung treten manchmal schwere bleibende Krankheiten und Persönlichkeitsveränderungen auf. Manche chemischen Psychopharmaka sollten wegen der hohen Risiken möglichst überhaupt nicht eingesetzt werden (z.B. hochpotente Neuroleptika).

Wer Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer oder andere Psychopharmaka rezeptiert oder ohne ärztliche Kontrolle einnimmt, muss sich im klaren darüber sein, dass **Psychopharmaka bestenfalls die Beschwerden mildern, erträglicher machen**, dass aber bestimmte Psychopharmaka, beispielsweise Antidepressiva und Neuroleptika, das Bewusstseinsniveau und die Meinungsbildung einengen und die Möglichkeit der Selbstregulierung behindern oder unmöglich machen.

Aus: Josef Zehentbauer: „Chemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden“ Seite 3, 4-6, 11. teilweise aktualisierte Auflage mit einer Ergänzung zu den neuesten Antidepressiva und atypischen Neuroleptika Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2010 (1986)

### **Haupt-Quelle/ persönliche Ergänzungen:**

**Peter Lehmann** (b.1950, Dr.h.c, Dipl.-Soz.Päd; Hg., selbstständiger Autor u. Verleger in Berlin): „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressive, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ Vorworte von Pirkko Annelie Lahti (b.1941, finn. Psychiaterin) und Loren Richard Mosher (1933-2004, US Psychiaterin). Seite 227-242. Antipsychiatrieverlag 2008. 3. aktualisierte u. erweiterte Auflage u. 4. aktualisierte u. erweiterte Auflage 2013; „Der chemische Knebel - Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ Mit einem Geleitwort von Jeffrey Moussaieff Masson (b.1941, US Psychoanalytiker). Antipsychiatrieverlag 6. Auflage 2010 (1986)

**Peter Lehmann, Volkmar Aderhold** (b.1954, Dr. med., Arzt f. Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychotherapeutische Medizin,), **Marc Rufer** (b.1942, Arzt u. Psychotherapeut Zürich), **Josef Zehentbauer** (b.1945, Allgemeinarzt u. Psychotherapeut München): „Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika - Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks“ Geleitworte von Andreas Heinz (Direktor der Klinik u. Prof. f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Charité Berlin, Präsident elect d. Deutschen Gesellschaft f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatik u. Nervenheilkunde), Dr. rer. biol. hum. Peter & Sabine Ansari (Vorwort) und Marina Langfeldt (Nachwort, Oberstaatsanwältin Dr. jur.) Peter Lehmann Publishing 2018 (2017)

[www.peter-lehmann.de/](http://www.peter-lehmann.de/), [www.enusp.org/](http://www.enusp.org/), [www.mhe-sme.org/](http://www.mhe-sme.org/), [www.wfmh.org/](http://www.wfmh.org/), <http://intar.org/>



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP e.V.): "Neuroleptika reduzieren und absetzen - Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen" 2014

[www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/pdfs/Flyer\\_Infoblatt\\_KuFo-Programme\\_Broschueren/ReduktionNeuroleptika\\_2014\\_web.pdf](http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/ReduktionNeuroleptika_2014_web.pdf)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP e.V.): "Memorandum zur Anwendung von Neuroleptika" 2012

[www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/pdfs/Flyer\\_Infoblatt\\_KuFo-Programme\\_Broschueren/Brosch.Memorand\\_Neurol\\_2012\\_web.pdf](http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/Brosch.Memorand_Neurol_2012_web.pdf)

## **Der Rückfall È eine sich selbst erfüllende Prophezeiung**

Es soll im Folgenden die Situation von Hospitalisierten mit der Diagnose **Schizophrenie** besprochen werden. Hier ist die Einflussnahme durch Psychiater besonders ungünstig. Den Betroffenen wird sehr deutlich gesagt, dass sie um jeden Preis Psychopharmaka zu sich nehmen müssen. Die FAUSTREGEL, an die sich die meisten Psychiater halten, lautet bei der Diagnose **Schizophrenie**, dass nach dem **ersten Schub** mindestens eine ein- bis zweijährige neuroleptische Rezidivprophylaxe (vorbeugende Behandlung mit Neuroleptika, auch wenn sich die Betroffenen völlig beschwerdefrei fühlen) durchgeführt werden sollte. Ab dem **zweiten Schub** wird eine Mindestprophylaxedauer von fünf Jahren empfohlen (1). Noch weiter geht **Herbert Y. Meltzer**, Professor für Psychiatrie in Cleveland, Ohio, wenn er schreibt, dass **Schizophrenie** meistens eine lebenslange neuroleptische Behandlung erfordere (2). Wer als schizophrene gilt, erhält in der Anstalt hoch dosierte Neuroleptika. Und diese Behandlung wird nicht einfach kühl und nüchtern angeordnet. Für Psychiater ist sie von großer Bedeutung, das Wichtigste, was sie einem oder einer **Schizophrenen** mitzuteilen haben.

### **Ihre Botschaft lautet klar und deutlich:**

„Du bist krank, du bist schizophren. Das ist nun einmal so, das ist dein Schicksal. Die einzige Möglichkeit, dass du trotz deiner Krankheit ein einigermaßen vernünftiges Leben zu leben vermagst, besteht darin, dass du Neuroleptika zu dir nimmst. Das musst du einsehen, wir verlangen von dir Krankheitseinsicht. Wenn du diese Einsicht hast, werden wir dich bald entlassen. Wir werden uns aber darum kümmern, dass du nach der Entlassung regelmäßig zum Hausarzt oder Psychiater gehst und dir die Neuroleptika verschreiben lässt. Am liebsten ist es uns, wenn du dir alle zwei oder drei Wochen ein Depotneuroleptikum spritzen lässt; dann sind wir sicher, dass du nicht aus Nachlässigkeit oder Unverstand die Medikamente weglässt. Falls du uns nicht glaubst, falls du diese unumgängliche Behandlung verweigerst, dann machst du einen großen Fehler, dann wirst du in absehbarer Zeit einen Rückfall erleiden, dann wirst du mit Sicherheit früher oder später erneut in die Klinik eingewiesen. Vergiss niemals, du bist krank, du hast die Anlage der Schizophrenie in dir, du bist vulnerabel, verletzlich. Jederzeit, selbst wenn du dich zwischenzeitlich viel besser fühlen solltest, können die Symptome dieser Krankheit wieder auftreten. Lass dir niemals von irgendwelchen unverantwortlichen Leuten weismachen, dass du gesund seist, dass du ohne Medikamente gut und sinnvoll leben kannst. Das wäre ein großer Irrtum, das wissen wir besser. Wir haben große Erfahrung mit dieser Krankheit. Du musst uns glauben! Du hast keine Wahl. Du brauchst die Neuroleptika wie der Diabetiker sein Insulin.“

Solange Betroffene in der Anstalt sind, sind sie fortwährend mit dieser Ansicht konfrontiert. Sie wird ihnen nicht nur von ihren Ärzten, sondern vom gesamten Personal täglich mehrmals mitgeteilt. Eine wichtige Rolle spielen die Angehörigen. Sie hören diese Botschaft ebenfalls. Sie sollen dafür sorgen, dass die Betroffenen ein von Reizen abgeschirmtes Leben

ohne Aufregung führen. Und vor allem sollen sie darauf achten, dass die Betroffenen ihre Psychopharmaka regelmäßig zu sich nehmen bzw. dass sie regelmäßig zum Arzt gehen, um sich ihre Depotneuroleptika spritzen zu lassen. Also auch den Angehörigen wird die Ansicht aufgedrängt, dass die Betroffenen krank sind, dass sie nur, wenn sie sich ihrer Krankheit und Gefährdung bewusst sind und sich vor allem unentwegt Psychopharmaka verabreichen lassen, weitere Hospitalisationen vermeiden können.

**Dieses Verhalten ist krank machend.** Es bedeutet für die Betroffenen eine immense Belastung, der sie sich kaum zu entziehen vermögen. Erstaunlich ist, wenn jemand dennoch die Kraft aufbringt, der Ansicht der Psychiater und der engsten Bezugspersonen eine eigene Meinung entgegenzustellen, wenn jemand zum Schluss kommt, dass das alles nicht stimmt, dass er bzw. sie viel besser leben kann ohne Neuroleptika (und weitere Psychopharmaka), die ihre Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen.

Mehr oder weniger glaubt der weitaus größte Teil der Betroffenen, was ihnen mitgeteilt wird. Sie identifizieren sich mit der Diagnose. Sie akzeptieren, dass sie schizophren und damit anders sind als die normalen Mitglieder der Gesellschaft. Und mit der Diagnose akzeptieren sie die Tatsache, dass sie gefährdet sind. Mit anderen Worten: Der Kontakt mit Psychiatern führt dazu, dass sie Angst haben, große Angst vor einem erneuten Ausbruch der Krankheit, große Angst vor einer erneuten Hospitalisation.

Doch das ist noch nicht alles. Nicht nur sie selbst fürchten sich, all ihre Kontaktpersonen haben ebenfalls Angst. sowohl die Angehörigen als auch die Psychiater und die weiteren professionellen Helfer. Die Betroffenen sind. sowohl während ihrer Hospitalisation wie danach. von einem **Klima der Angst** umgeben. Sie selbst haben Angst, und die Menschen in ihrer Umgebung haben ebenso Angst. Sie alle fürchten sich vor einem Wiederausbruch der Krankheit, der Psychose, der Schizophrenie oder einem weiteren Schub und vor einer erneuten Hospitalisation.

**Diese künstliche Erschaffung der Angst ist grundfalsch und kontraproduktiv.** Wer mit Menschen zu tun hat, die schwere psychische Krisen durchgemacht haben, darf sein Verhalten nicht von Angst bestimmen lassen. Zudem sollte der diffuse, unklare und krank machende Krankheitsbegriff unbedingt vermieden werden.

**Dafür sollte untersucht werden, was für eine Lebenssituation den unerwünschten Zustand ausgelöst hat.** Was war geschehen vor dem Auftreten der Krise? Was für Konflikte oder ungelöste Probleme waren vorhanden? Das sind sinnvolle Fragen. Sie tragen dazu bei, die aufgrund der Psychiatrisierung entstandene Angst vor einem unbarmherzig zuschlagenden biologischen Schicksal abzubauen, ja wenn möglich ganz zu überwinden.

**Damit wissen die Betroffenen, was sie versuchen können: nämlich ihr Leben so zu führen, dass sich eine ähnliche Situation, wie sie die Einweisung auslöste, nicht wiederholt.** Der ehemalige Patient X weiß dann beispielsweise, dass er immer, wenn ihn eine Frau verlässt, in eine schwere Krise gerät. Das ist weitaus günstiger, als wenn er sich nach wie vor als den schizophrenen X betrachtet, bei dem Zeit seines Lebens mit großer Wahrscheinlichkeit regelmäßig Schübe seiner Krankheit auftreten. Er hat nun die Möglichkeit, sein Leben selbstständig zu gestalten, ohne weiterhin auf die Hilfe der Psychiater, die nichts als Psychopharmaka anzubieten haben, angewiesen zu sein. Angst vor dem Wiederaufbrechen seiner Krankheit braucht er jedenfalls nicht mehr zu haben.

Wie bereits erwähnt, verhalten sich Psychiater so, dass sich sowohl die Betroffenen selbst wie auch ihre nahen Kontaktpersonen vor dem Rückfall fürchten. **Es ist nun leicht, sich vorzustellen, was sich abspielen wird, wenn eine Schizophrenie die Neuroleptika gegen den Rat der behandelnden Ärzte absetzt.** Sie hat vom Arzt gehört, was ihre Angehörigen ebenfalls wissen. Ohne Neuroleptika werden mit Sicherheit wieder schizophrene Symptome auftreten, was zur Wiedereinweisung führen wird.

**Die unglücklichen Voraussagen der Psychiater ihren schizophrenen Patienten gegenüber erweisen sich damit in einer Mehrzahl der Fälle als wahr.** Sie illustrieren eindrücklich, wie der vom Psychologen Paul Watzlawick [1921-2007] (2007) geprägte Begriff der **tsich selbst erfüllenden Prophezeiung** [self-fulfilling prophecy] (3) zu verstehen ist. Der Arzt und die wichtigen Bezugspersonen rechnen mit dem Wieder-auftreten der Psychose, wovon auch die Betroffenen selbst sich fürchten. Es wäre wahrlich erstaunlich, wenn sich diese gefürchtete Psychose sehr oft nicht wirklich einstellen würde.

Wer als manisch oder manisch-depressiv diagnostiziert wurde, dem bzw. der ergeht es ähnlich wie den Schizophrenen, nun wird ihnen mitgeteilt, dass es für sie unumgänglich sei, jahrelang Lithium oder Carbamazepin zu sich zu nehmen.

## **Kurze zusammenfassende Überlegungen zum Absetzen**

Hat sich [bio-chemische] Toleranz entwickelt, muss die Dosis der bis dahin konsumierten Substanz [Medikament] *schrittweise* reduziert werden. Dies gilt besonders für die **Benzodiazepine**, die immer über mehrere Wochen bis einige Monate aus geschlichen werden sollten.

Gleichzeitig sollten folgende Überlegungen angestellt werden: **Wie geht es diesem Menschen? Will er wirklich absetzen? Ist er davon überzeugt, dass er ohne seine Wirksubstanz besser zu leben vermag? Ist er unsicher, hat er Angst vor dem Absetzen?**

Doch viele Betroffene sind diesen Fragen gegenüber ambivalent. Einerseits klagen sie über die beeinträchtigenden Wirkungen der Psychopharmaka, andererseits befürchten sie, dass nach dem Absetzen ihre ursprüngliche Symptomatik wieder auftritt. Und dies könnte eine erneute psychiatrische Hospitalisation zur Folge haben, was für sie schrecklich wäre. Bei diesen Menschen muss besonders vorsichtig vorgegangen werden.



**Sie sollten È wenn immer möglich È versuchen, sich über die Situation, die zu Hospitalisation und Behandlung führte, Klarheit zu verschaffen.** Nur dies kann ihnen zur wichtigen Erkenntnis verhelfen, wie weitere Hospitalisierungen zu vermeiden sind. Nur so können sie wieder selbstverantwortlich ihr Leben leben. Sonst bleiben sie lebenslänglich abhängig von der Psychiatrie. Solange sie auch nur ein klein wenig an die Botschaft glauben, dass ihre diagnostizierte Krankheit ohne Psychopharmaka wieder ausbrechen könne, sind sie in Gefahr. Die verhängnisvolle Prophezeiung der Psychiater kann sich jederzeit erfüllen . mit anderen Worten: Der Rückfall stellt sich ein.

Wer dem Absetzen der **Neuroleptika** [Antipsychotika] gegenüber ambivalent oder ängstlich eingestellt ist, sollte auf keinem Fall abrupt absetzen. Wichtig ist es, dass beim Absetzen auf ausreichenden Schlaf geachtet wird. Angst kann zu Schlaflosigkeit führen, was das Auftreten von außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen (4) auslösen kann, die wiederum von Psychiatern, den Betroffenen selbst sowie ihren Angehörigen als Wiederauftreten der Psychose [fehl-] interpretiert werden können. In dieser Situation kann die kurzfristige Einnahme eines Benzodiazepin-Schlafmittels (wenige Male, nie an zwei auf einander folgenden Abenden) das kleinste Übel sein.

**Betroffene, die jedoch davon überzeugt sind, dass sie fälschlicherweise behandelt wurden und dass es ihnen ohne Psychopharmaka viel besser gehen wird,** für die ist das Absetzen in aller Regel . so meine Erfahrung aus 25-jähriger Absetzbegleitung in ambulanter ärztlicher Praxis . kein Problem.

Von **Dr. med. Marc Rufer** (Schweizer Arzt und Psychotherapeut): Aus: sAngst machen . Beim Absetzwunsch wird die Meinung der Ärzte zur Gefahr§. 205-219, Der Rückfall . eine selbst erfüllende Prophezeiung, S. 214-218, Kurze zusammenfassende Überlegungen zum Absetzen, S. 218f, In: Peter Lehmann: sPsychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern%Vorworte: Pirkko Annelie Lahti (b.1941, finn. Psychiaterin) und Loren Richard Mosher (1933-2004, US Psychiaterin), Antipsychiatrieverlag 3. aktualisierte u. erweiterte Auflage 2013

- (1) Lundbeck AG: sRelapse, preventing relapse in schizophrenia§.10, Opifkon-Glatbrugg: Lundbeck AG 1998
- (2) Herbert Y. Meltzer: sNovel antipsychotic drugs§.XV, New York: Raven Press 1992
- (3) Paul Watzlawick: sSelbsterfüllende Prophezeiung§. 91-110, in: ders.(Hg.): sDie erfundene Wirklichkeit%2. Auflage Piper 2007
- (4) Marc Rufer: sGlückspillen . Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka§.216f, Knauer 1995

[Meine Ergänzungen]

#### Eigene Literatur:

- Josef Zehentbauer: sAbenteuer Seele. Psychische Krisen als Chance%ALBATROS 2012 (2000): sChemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden%41. teilweise aktualisierte Auflage mit einer Ergänzung zu den neuesten Antidepressiva und atypischen Neuroleptika Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2010 (1986)
- Franco Basaglia (1924-1980, ital. Psychiater): sWas ist Psychiatrie?%Che cos'è la psichiatria?1967) Suhrkamp 1998 (1974)
- Peter Lehmann (b.1950, Dr.h.c., Dipl.-Soz.Päd; Hg.): sPsychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern%Vorworte von Pirkko Annelie Lahti (b.1941, finn. Psychiaterin) und Loren Richard Mosher (1933-2004, US Psychiaterin) Antipsychiatrieverlag 3. aktualisierte und erweiterte Auflage 2008 u. 4. aktualisierte und erweiterte Auflage 2013; sDer chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen%Mit einem Geleitwort von Jeffrey Moussaieff Masson (b.1941, US Psychoanalytiker). Antipsychiatrieverlag 6. Auflage 2010 (1986). sDer chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen%Mit einem Geleitwort von Jeffrey Moussaieff Masson (b.1941, US Psychoanalytiker). Antipsychiatrieverlag 6. Auflage 2010 (1986)
- Peter Lehmann, Volkmar Aderhold (b.1954, Dr. med., Arzt f. Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychotherapeutische Medizin.), Marc Rufer (b.1942, Arzt u. Psychotherapeut Zürich), Josef Zehentbauer (b.1945, Allgemeinarzt u. Psychotherapeut München): sNeue Antidepressiva, atypische Neuroleptika - Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks%Geleitworte von Andreas Heinz (Direktor der Klinik u. Prof. f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Charité Berlin, Präsident elect d. Deutschen Gesellschaft f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatik u. Nervenheilkunde), Dr. rer. biol. hum. Peter & Sabine Ansari (Vorwort) und Marina Langfeldt (Nachwort, Oberstaatsanwältin Dr. jur.) Peter Lehmann Publishing 2018 (2017)
- Peter Ansari, Sabine Ansari: sJunglück auf Rezept - Die Antidepressiva-Lüge und ihre Folgen%Vorwort Prof. em. Dr. med. Bruno Müller Oerlinghausen Klett-Cotta 2016, www.depression-heute.de
- Giovanni Jervis (1933-2009, Neuropsychiater, Rom): sKritisches Handbuch der Psychiatrie%Manuale critico di psichiatria 1975) Athenaeum Verlag 1988
- Thomas Stephen Szasz (1920-2012) : sThe Myth of Psychotherapy . Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression+SYRACUSE UNIVERSITY PRESS 1988 (1978)
- Ronald David Laing (1927-1988): sKnoten%Knots 1979) Rowohlt 1989 ; sPhänomenologie der Erfahrung%The Politics of Experience 1967) SUHRKAMP 1. Auflage 1969
- David Graham Cooper (1931-1986, südafrik.Psychiater): sDie Sprache der Verrücktheit. Erkundungen ins Hinterland der Revolution%The Language of Madness. Penguin 1978)
- Rotbuch Verlag 1990; sDer Tod der Familie - Ein Plädoyer für eine radikale Veränderung%The Death of the Family. Penguin, 1971) Rowohlt 2001
- Peter R. Breggin, David Cohen: sYour drug may be your problem%cambridge 2000
- Peter R. Breggin (b.1936, US Psychiater): sGiftige Psychiatrie Teil 2 . Was Sie über Psychopharmaka und Biologie bei Angst, Panik, Zwang, Essstörungen, Sucht und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten wissen sollten%Vorwort zur deutschen Ausgabe von Fritz B. Simon (1948-. Dr. med. habil. Psychiater, Prof. für Führung und Organisation am Institut für Familienunternehmen der UNI Witten/Herdecke, Vertreter der systemischen Psychologie, (Toxic Psychiatry St. Martin) AUER 1997; sThe Anti-Depressant Fact Book . What Your Doctor won't tell you about Prozac (Fluoxetine), Zoloft (Sertraline), Paxil (Paroxetine), Celexa (Citalopram) und Luvox (Fluvoxamine)%DA CAPO 2001, "Psychiatric Drug Withdrawal: A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families" Springer 2013, http://breggin.com
- Franco Basaglia (1924-1980, ital. Psychiater): sWas ist Psychiatrie?%Che cos'è la psichiatria?1967) Suhrkamp 1981 (1973)
- John Virapen (b.1943, PhD Psychologie, Ex-Eli Lilly Geschäftsführer Schweden): sNebenwirkung Tod . Korruption in der Pharma-Industrie. Ein Ex-Manager packt aus%MAZARUNI 4. Auflage 2008 Siehe zu John Virapen auch ZITATE: Jörg Dietrich Hoppe: Ärzte sollten sich nicht >>>
- Martin H. Teicher, Carol Glod, Jonathan O. Cole: "Emergence of Intense Suicidal Preoccupation During Fluoxetine Treatment" Am J Psychiatry Band 147, Nr. 2, Seite 207-10, February 1990
- Benedetto Vitiello, Susan Silva, Paul Rohde, Christopher Kratochvil, Betsy Kennard, Mark Reinecke, Taryn Mayes, Kelly Posner, Diane E. May, John S. March: "Suicidal Events in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS)" [Prozac, Fluoxetine] J Clin Psychiatry. 2009 May; 70(5): 741. 747
- Göran Högberg, David Antonuccio, David Healy: "Suicidal risk from TADS [Treatment for Adolescents with Depression] study was higher than it first appeared" [Prozac, Fluoxetine] Int J Risk Saf Med. 2015;27(2):85-91
- Roland Kuhn (1912-2005, Schweizer Psychiater): "Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodipenzyll Derivat (G22 355) [Imipramin/Tofranil 1959]" Schweiz Med Wochenschr 1957 Band 87 S. 1135-1140
- Jerrold Frank Rosenbaum, M. Fava, S.L. Hoog, R.C. Ascroft, W.B. Krebs: "Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial" Biol Psychiatry. 1998 Jul 15;44(2):77-87
- Charles Medawar, Anita Hardon: "Medicines Out of Control: Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill" Amsterdam: Aksant Academic Publishers/New York: Transaction, 2004
- Margrethe Nielsen, Ebba Holme Hansen, Peter Christian Gotzsche: "What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI)" Addiction. 2012 May;107(5):900-8
- Margrethe Nielsen: "Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) . sales, withdrawal reactions and how drug regulators reacted to this with benzodiazepines as comparator" (PhD thesis [Dissertation]) University of Copenhagen 2013
- Giovanni Andrea Fava, Alessia Gatti, Carlotta Belaise, Jenny Guidi, Emanuela Offidani: "Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review" Psychother Psychosom. 2015 Feb 21;84(2):72-81
- Shannon Hughes, David Cohen: "A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression" J Affect Disord. 2009 Nov;118(1-3):9-18
- Peter Christian Gotzsche: "Antidepressants are addictive and increase the risk of relapse" BMJ 2016 Feb 10;352:i574
- Thomas J. Moore, Joseph Glenmullen, Curt D. Furberg: "Prescription Drugs Associated with Reports of Violence Towards Others" PLoS One. 2010; Band 5, Nr12: e15337
- Amitav Sen, A. Akin, D.V. Canfield, A.K. Chaturvedi: "Medical histories of 61 aviation accident pilots with postmortem SSRI antidepressant residues" Aviat Space Environ Med. 2007 Nov; Band 78, Nr.11:1055-9
- Robert Whitaker: "Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America" Ethical Human Psychology and Psychiatry, Volume 7, Number 1 Spring 2005, www.madinamerica.com/https://www.madinamerica.com
- Christopher Dowrick, Allen Frances: "Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit" BMJ. 2013 Dec 9;347:f1140
- Josef Giger Bütler (Dr.phil, Schweizer Psychotherapeut): "Depression ist keine Krankheit - Neue Wege, sich selbst zu befreien" Beltz 1. Auflage 2012, sSie haben es doch gut gemeint% Depression und Familie%Beltz 1. Auflage 2014, sJetzt geht es um mich - Die Depression besiegen - Anleitung zur Selbsthilfe%Beltz 2014
- Allen Frances (b.1942, US-amerikanischer Psychiater (Vorsitzender bei DSM-IV), Autor), Barbara Schaden (Übersetzerin): sNORMAL - Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen%Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life%William Morrow 2013
- Nachwort von Prof. Dr. Geert Keil (b.1963, Prof. f. Philosophische Anthropologie an der Humboldt-Universität Berlin) DuMont Buchverlag 2. Auflage 2013
- Eugen Bleuler (1857-1939 Zürich, Psychiater): sDas autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung%SPRINGER 5. Neudruck der 5. Auflage 1962 (1921, 1919 1. Auflage)

Peter C. Gotsche (b.1949, dänischer Wissenschaftler, FA f. Innere Medizin): sFödliche Medizin und organisierte Kriminalität: Wie die Pharmaindustrie unser Gesundheitswesen korrumpiert%Übersetzung: Martin Rometsch ("Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma has Corrupted Healthcare" Radcliffe 2013) 1. Auflage RIVA 2015, sFödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen - Wie Ärzte und Pharmaindustrie die Gesundheit der Patienten vorsätzlich aufs Spiel setzen%Deadly Psychiatry and Organised Denial%ArtPeople 2015) RIVA 1. Auflage 2016

David Healy (b.1926, professor of psychiatry, Bangor University UK): "Phamageddon" University of California Press 2012, <https://davidhealy.org/https://davidhealy.org>

Michael Imhof (b.1951, dtsc. Chirurg, medizinisch-wissenschaftlicher Berater u. Gutachter ): sEidesbruch. Ärzte, Geschäftemacher und die verlorene Würde des Patienten% CAMPUS 2014

Ben Goldacre (b.1974, britischer Arzt, Psychiater), Anne Emmert (Übersetzer), Karin Miedler (Übersetzer): sDie Pharma-Lüge: Wie Arzneimittelkonzerne Ärzte irreführen und Patienten schädigen%Bad Pharma: How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients 2012) Vorwort von Prof. Dr. Peter T. Sawicki (ehemaliger Leiter (2004 - 2010) des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kiepenheuer u. Witsch 2013

Ben Goldacre (b.1974, britischer Arzt, Psychiater), Irmengard Gabler (Übersetzer): sDie Wissenschaftslüge: Wie uns Pseudo-Wissenschaftler das Leben schwer machen% (Bad Science 2008) FISCHER 2010

Jörg Blech (b.1966, dtsc. Wissenschaftsjournalist, Autor): sDie Krankheitserfinder . Wie wir zu Patienten gemacht werden.%FISCHER 2003, sDie Psychofalle - Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht%S. FISCHER 2014

Günther Loewit (b.1958, Arzt,Schriftsteller NÖ): sDer ohnmächtige Arzt. Hinter den Kulissen des Gesundheitssystems%HAYMON 2010, sWie viel Medizin überlebt der Mensch?% HAYMON 2013, sSterben - Zwischen Würde und Geschäft%HAYMON 2014

Bert Ehgartner (b.1962, Wissenschaftsjournalist, Wien): sLob der Krankheit . Warum es gesund ist, ab und zu krank zu sein%LÜBBE 2008, sGesund, bis der Arzt kommt. Ein Handbuch zur Selbstverteidigung% LÜBBE 2010, sWenn Ärzte krank machen . Gesund, bis der Arzt kommt%Profil Nr.15 41.Jg., 12. April 2010, Seite 98, sDie Hygienefalle - Schluss mit dem Krieg gegen Viren und Bakterien%Ennsthaler 2015

Bert Ehgartner (b.1962, Journalist, Wien), Kurt Langbein (b.1953, Journalist, Wien): "Das Medizin Kartell - Die sieben Todsünden der Gesundheitsindustrie" PIPER 2.Auflage 2002

Hans Weiss (b.1950, Dr.phil.Psychologie, Medizinsoziologie, österr. Journalist): sKorrumpierte Medizin . Ärzte als Komplizen der Konzerne%KIEPENHEUER u. WITSCH 2.Auflage 2008

Gunter Frank (b.1963, deutscher Arzt, Autor): sSchlechte Medizin: Ein Wutbuch%KNAUS 5.Auflage 2012, sGesundheitscheck für Führungskräfte: Ihr persönlicher Weg zu mehr Leistungsfähigkeit jenseits aller Moden%Campus 2001, sGebrauchsanweisung für ihren Arzt . Was Patienten wissen müssen%2. Auflage KNAUS 2014, sLizenz zum Essen: Warum Ihr Gewicht mehr mit Stress zu tun hat als mit dem, was Sie essen%PIPER 2.Auflage 2008, [www.gunterfrank.de](http://www.gunterfrank.de)

Abram Hoffer (1917- ), Linus Pauling (1901-94): sOrthomolecular Treatment for Schizophrenia . Megavitamin supplements and nutritional strategies for healing and recovering% KEATS Publishing 1999, sNew hope for Cancer Patients, their Families and Friends - Vitamin C & Cancer, Discovery . Recovery - Controversy%QUARRY HEALTH BOOKS ISBN: 1-55082-078-8, gekauft 26.10.2002

Abram Hoffer (1917- ), Morton Walker: sPutting it all together - The new Orthomolecular Nutrition%KEATS Publishing 1996

Carl Curt Pfeiffer (1908-88, MD, PhD): sNährstoff-Therapie bei psychischen Störungen%HAUG 1993 4.Auflage (1970) Aus dem englischen bearbeitet von Dr. Lothar Burgerstein.

Patrick Holford: sErnährung für die Psyche%Optimum Nutrition for the Mind) VEDA NUTRIA 2004 (2003), sBeat Stress & Fatigue%PIATKUS 2005 (1999)

Andrew L. Stoll (USA, Psychiater, Psychopharmakologe, Harvard): sDie Omega-3 Connection . The Groundbreaking Antidepressant Diet and Brain Program+FRESIDE 2002

Lothar Burgerstein (Dr.jur., 1895 Wien-1987Jona Rapperswil) sBurgersteins Handbuch Nährstoffe . Vorbeugen und heilen durch ausgewogene Ernährung: Alles über Spurenelemente, Vitamine und Mineralstoffe%HAUG 9. Auflage 2000, 10.Auflage 2002, 11.Auflage 2007

Suzy Cohen (US Apothekerin): sVorsicht Nährstoffräuber! Welche Medikamente Ihren Körper Lebenskraft und essentielle Nährstoffe entziehen und welche natürlichen Wege es gibt, diesen lebensgefährlichen Mangel auszugleichen%Drug Muggers: How To Keep Your Medicine From Stealing the Life Out of You. DPI 2008 by Suzy Cohen, R.Ph. and Dr. Samuel M. Cohen) KOPP 2011

Wolfgang Gruber: sDOC, Wir haben ein Problem! Mineralstoffe und Spurenelemente, was Sie darüber unbedingt wissen sollten%FLORAPRINT 2001

Udo Renzenbrink: sErnährung in der zweiten Lebenshälfte%VERLAG FREIES GEISTESLEBEN 4.Auflage 1992 (1981), sErnährung unserer Kinder . Gesundes Wachstum . Konzentration . Soziales Verhalten - Willensbildung%VERLAG FREIES GEISTESLEBEN 8.Auflage 1990 (1977), sDie Sieben Getreide . Nahrung für den Menschen%VERLAG AM GOETHEANUM 1993

Norbert Fuchs: sMit Nährstoffen heilen . Eine Einführung in die komplexe Orthomolekulare Nährstoff-Therapie%RALF REGLIN 2001, 1999, sMineralstoffe . Salze des Lebens% KNEIPP VERLAG 2.Auflage 1995

Michael Weber: sQ10 . Die Erfolgsgeschichte eines Vitalstoffes%BOD 2009, sQ10 . Eine Schlüsselsubstanz für ein gesundes Leben%Gerimed Pharma GmbH 1998

Gian Paolo Littarru: sEnergie und Schutz . Coenzym Q 10: Fakten und Perspektiven in der Biologie und der Medizin%CASA Rom 1995

Gian Paolo Littarru: sThe Sixth Conference of the International Coenzyme Q10 Association+ 27.-30-V. 2010, Brüssel., sFourth Conference of ther International Coenzyme Q10 Association, Los Angeles, CA, USA, April 14-17, 2005.

Bärbel Ziemann-Becker, Franz Enzmann: sVitamin C - Ein lebensnotwendiger Schutzfaktor%MSE Pharmazeutika 1998

Franz Enzmann: sDie elementare Multifunktion von Q10 bei der Universalität bioenergetischer Zellprozesse und seine Bedeutung für Gesundheit und Krankheit%MSE Pharmazeutika 2. Auflage 1999

Ulla Unger-Göbel, Gisela Rauch-Petz: sFit und gesund durch Coenzym Q10%Südwest 2000

Udo Pollmer (b.1954-): sEißt endlich normal! . Das Anti-Diät-Buch%PIPER 2007 (2005)

Udo Pollmer (b.1954-), Andrea Fock, Ulrike Gonder, Karin Haug: sProst Mahlzeit! - Krank durch gesunde Ernährung%KIWI 8. Auflage 1999

Udo Pollmer (b.1954-), Susanne Warmuth (b.1959, Biologin, freie Lektorin): sPillen, Pulver, Powerstoffe. Die falschen Versprechen der Nahrungsergänzungsmittel%EICHBORN 2008

Udo Pollmer (1954-), A. Fock, U.Gonder, H.Haug: sLiebe geht durch die Nase - Was unser Verhalten beeinflusst und lenkt%KIWI 2001

Udo Pollmer (1954-), Brigitte Schmelzer Sandtner: sWohl bekomm's - Was Sie vor dem Einkauf über Lebensmittel wissen sollten %KIWI 2001, sWohl bekomm! . Prost Mahlzeit! . Zwei Bestseller der guten Ernährung in einem Band%KIWI 2. Auflage 2007 (1994)

Udo Pollmer (1954-), Cornelia Hoicke, Hans Ulrich Grimm: sVorsicht Geschmack . Was ist drin in Lebensmitteln - Mit einem Lexikon der Zusatzstoffe%HIRZEL 1998

Hans Ulrich Grimm (b.1955, dtsc.Journalist, Autor): sVom Verzehr wird abgeraten. Wie uns die Industrie mit Gesundheitsnahrung krank macht%DROEMER 2012; sDie Ernährungslüge. Wie uns die Lebensmittelindustrie um den Verstand bringt%KNAUR 2011 (2003); sDie Suppe lügt . Die schöne neue Welt des Essens%KNAUR aktualisierte Neuauflage 2008 (1997); sDie Ernährungsfalle - Wie die Lebensmittelindustrie unser Essen manipuliert . Das Lexikon%3. Auflage HEYNE 2011 (2010)

Ulrich Fichtner (b.1965, dtsc.Journalist, Autor): sStellergericht. Die Deutschen und das Essen . eine kritische Bestandsaufnahme%HEYNE 2006 (2004)

Eckard Schiffer (b.1944, Arzt, Philosoph, Psychotherapeut): sWarum Tausendfüßler keine Vorschriften brauchen: Intuition. Wege aus einer normierten Lebenswelt%BELTZ 2008

Marita Vollborn (b.1965, Wissenschafts-/Wirtschaftsjournalistin), Vlad D. Georgescu (W-Journalist): sDie Joghurt-Lüge - Die unappetitlichen Geschäfte der Lebensmittelindustrie% CAMPUS 2006

Gunter Frank (b.1963, Arzt): sLizenz zum Essen: Warum Ihr Gewicht mehr mit Stress zu tun hat als mit dem, was Sie essen%PIPER 2008

Udo Pollmer (1954-), Monika Niehaus: sWer gesund isst, stirbt früher. Tatsachen und Trugschlüsse über unser Essen. Fragen und Antworten von A bis Z%BLV 2008

Volker Angres (1956, ZDF Umweltredaktion), Claus Peter Hutter (1955, Akademie für Natur und Umweltschutz Baden Württemberg), Lutz Ribbe (1957, Euronatur): sFutter fürs Volk . Was die Lebensmittelindustrie uns aufischt%KNAUR 2006 (2001)

Jürgen Schole, Wolfgang Lutz (1913-2010): sRegulationskrankheiten . Versuch einer fachübergreifenden Analyse%ENKE 1988, VIDEEL 2001 (Nachdruck)

Wolfgang Lutz (1913-2010, Österr.Internist ): sLeben ohne Brot - Die wissenschaftlichen Grundlagen der kohlenhydratarmen Ernährung%INFORMED 1998, sKranker Magen - Kranker Darm -Was wirklich hilft%AYLA Gräffelfing1995

Wolfgang Lutz ,Christian B. Alan (PhD): sLife Without Bread: How a Low-Carbohydrate Diet Can Save Your Life+McGraw-Hill 2000, ISBN 978-0-658-00170-3

Nicolai Worm (b.1951, deutscher Diplom-Oekotrophologe, Ernährungswissenschaftler und Autor ): sHeilkraft D - Wie das Sonnenvitamin vor Herzinfarkt, Krebs und anderen Zivilisationskrankheiten schützt" 2.Auflage Systemed 2010 (2009), sSyndrom X oder Ein Mammut auf den Teller! . Mit Steinzeitdiät aus der Wohlstandsfalle%SYSTEMED 5.Auflage 2004, sTäglich Fleisch . Auch der Mensch braucht artgerechte Ernährung%HALLWAG 5. Auflage 2005, sDiätlos glücklich . Abnehmen macht dick und krank. Genießen ist gesund% SYSTEMED 5. Auflage 2003, sTäglich Wein . Gesünder leben mit Wein und mediterraner Ernährung%HALLWAG 2002, sGlücklich und schlank . Mit viel Eiweiß und dem richtigen Fett. Die LOGI-Methode in Theorie und Küche. Mit Zusatzmaterial auf CD-ROM%SYSTEMED 3.Auflage 2003; Nicolai Worm, Ulrike Gonder: sMehr Fett! - Warum wir mehr Fett brauchen, um gesund und schlank zu sein . Liebeserklärung an einen zu unrecht verteufelten Nährstoff%Systemed Verlag 2. Auflage 2010

Das Sozialistische Patientenkollektiv - SPK, seit 1973 auch als Patientenfront bekannt, wurde am 12. Februar 1970 in Heidelberg von 52 Psychiatrie-Patienten unter Leitung von Dr. Wolfgang Huber, bis dahin Assistenzarzt an der Poliklinik der Universität Heidelberg, gegründet. Es verstand sich als Therapiegemeinschaft und wollte im Sinne der Antipsychiatrie aus der Krankheit eine Waffe machen, die eine klassenlose Gesellschaft zum Ziel hatte. Patientenfront/Sozialistisches Patientenkollektiv(H) - <http://www.spkph.de/>

Zusammengestellt: Dr. med. Alois Dengg Arzt für Allgemeinmedizin (Geriatric) - [www.dr.aloisdengg.at](http://www.dr.aloisdengg.at) - Mayrhofer im Zillertal/Hollenzen 100, am 23.08.2012 u. 04.09.2018