

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 Dämpfungsmitteln und Beruhigungsmitteln

Neuroleptika / Antidepressiva / Phasenprophylaktika: Carbamazepin, Lithium / Tranquilizer

Aus: Peter Lehmann (Hg.): „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ Vorworte von Pirkko Lahti und Loren R. Moshier. Seite 227-242. Antipsychiatrieverlag 2008. 3. 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 hineinfühlen: 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 (Tranquilizer 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.

*Lässt man Dämpfungsmittel- und Beruhigungspillen – ob Haldol (Neuroleptikum), Saroten (chemisches Antidepressivum), Valium (Tranquilizer), 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 hochdosierte 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 „Halluzinationen“, sondern *ungewöhnliche Wahrnehmungsfähigkeiten*; der leidet nicht unter „Paranoia“ [Bezeichnung für eine psychische Störung, in deren Mittelpunkt Wahnbildungen stehen], sondern *lebt visionär sein eigenes Selbst*; der versinkt nicht in „endogene 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 „ausagierend“ 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 „Prophylaxe“, 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 „chemischen 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's 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 „ungehorsamen“ 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 „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 Amitriptylin (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“ einzuweißen.

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<sup>1</sup>) zur angenehmen Beruhigung und leichter Angstlösung.

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

## Ernährung und Psyche

Kurz zu dem großen Thema „Ernährung und Psyche“: Ausgewogene, 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 „Ernährung und Psyche“ zu übernehmen. Dabei stellen sich bei einer radikalen Ernährungsumstellung oft frapierende Erfolge ein, zum Beispiel nach den Konzepten der „Klinischen Ökologie“ oder der „Orthomolekularen 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 „psychische Allergie“ 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 „Psychodiät“ flankierend 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.): „Ernährung und Psyche. Erkenntnisse der klinischen Ökologie und der orthomolekularen Psychiatrie“, 6. Auflage, Heidelberg 1995

<sup>2</sup>Carl Curt Pfeiffer: „Nährstoff-Therapie bei Geisteskrankheiten“, Heidelberg 1986

<sup>3</sup>Theron Randolph, Ralph Moss: „Allergien – 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 („ortho“) Substanzen („Moleküle“, 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 „Schizophrenie“ (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: „Linus Pauling's Vitamin-Programm. Plädoyer für ein gesundes Leben“ München 1990

Abram Hoffer (1917-), Linus Pauling (1901-94): „Orthomolecular Treatment for Schizophrenia – Megavitamin supplements and nutritional strategies for healing and recovering“ KEATS Publishing 1999, „New 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: „Putting it all together - The new Orthomolecular Nutrition“ KEATS Publishing 1996

Carl Curt Pfeiffer (1908-88, MD, PhD): „Nährstoff-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: „Körpereigene Drogen. Die ungenutzten Fähigkeiten unseres Gehirns“, Düsseldorf 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 Marathonlaufens 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 Glückliches versetzt, ohne jegliche rezeptpflichtige Droge. Verrücktes 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 Verrücktheiten einigermaßen steuern kann, gerät auch nicht in die Fänge der Psychiatrie ... Das Experimentieren mit stimulierenden oder harmonisierenden „körpereigenen 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 „Psychotherapie“ 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 (à 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 verrücktesten 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 „Spezialisten“ (also Psychologen, Psychotherapeuten usw.) von der Psychotherapie durch

„Nichtspezialisten“ (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 Aufsehen erregende 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 Lex haben – all dies lässt sich bio-chemisch erklären: Es sind winzige Botenstoffe, kleinste Moleküle, die in unserem Gehirn und im gesamten Körper hin- und herleiten und unsere Gefühle und Gedanken von einer Nervenzelle zur anderen, von einem Organ zum andern „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.

Jahrhundertealt 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.

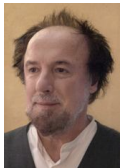
Die Botenstoffe sind gewissermaßen ein sichtbarer Teil unserer Seele, ein materielles Äquivalent unserer Gedanken und Gefühle, aber: Gedanken und Gefühle und unsere gesamte Seele sind nicht gleichzusetzen mit den materiell nachweisbaren Botenstoffen.

Die Entdeckung der Botenstoffe ist interessant und mag sensationell sein, letztendlich sind wir aber dem Geheimnis „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 Nervenheilstätte 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.anipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/zehentbauer.htm](http://www.anipsychiatrieverlag.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. Verschleierte 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 – „Ich“, 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 „Pflichterfüllung“ z.B. als Schüler, Arbeiter oder Hausfrau oder protestieren auf ungewöhnliche Weise gegen das absurde Ordnungsdenken und zeigen dadurch „anormales“ 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: **„Wir haben Chemikalien, wir haben alles. Aber es gibt nur ein Heilmittel, und das ist Wärme!“**

### **„Wer 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 („Wahnvorstellungen“) oder außerordentliche, irrealer Sinneseindrücke („Wahrnehmungsstörungen“ oder „Halluzinationen“) 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 Medizinern im Dschungel oder bei den Schamanen in Sibirien zur alltäglichen Erfahrung gehören, würden von einem herkömmlichen Psychiater als paranoid, psychotisch, schizophran eingestuft. **Unsere Psycho-Wissenschaften erkennen und definieren nur einen sehr schmalen Bereich psychischer Befindlichkeit als „normal“,** dagegen gelten leichte Abweichungen als „Psychopathien“, „Neurosen“ oder „Verhaltensstörungen“, während erhebliche Abweichungen als „Psychosen“ bezeichnet werden.

**Das vorgeschriebene normale Leben eines Durchschnittsbürgers gilt in unserer Gesellschaftsordnung erklärtermaßen als ein „gesundes 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 „normal“ zu erscheinen, kann so aufreibend sein, dass sie körperliche und seelische Störungen hervorruft. **Hier muss man sich fragen, ob es nicht „gesünder“ 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 „freie“ 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 „schicksalhafte“ 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 „seelischen 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.

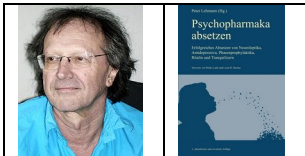
Und: Einige chemische Psychopharmaka haben äußerst gefährliche „Nebenwirkungen“: Bei längerer oder hochdosierter Anwendung treten manchmal schwere bleibende Krankheiten und Persönlichkeitsveränderungen auf. Manche chemischen Psychopharmaka sollten wegen der hohen Risiken möglichst überhaupt nicht eingesetzt 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 Meinungs-bildung 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.): „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 und erweiterte Auflage. [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/>



### **Eigene Literatur:**

Josef Zehentbauer: „Abenteuer Seele. Psychische Krisen als Chance“ ALBATROS 2012 (2000); „Chemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden“ 11. teilweise aktualisierte Auflage mit einer Ergänzung zu den neuesten Antidepressiva und atypischen Neuroleptika Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2010 (1986)  
Franco Basaglia (1924-1980, ital. Psychiater): „Was ist Psychiatrie?“ (Che cos'è la psichiatria?1967) Suhrkamp 1998 (1974)  
Giovanni Jervis (1933-2009, Neuropsychiater, Rom): „Kritisches Handbuch der Psychiatrie“ (Manuale critico di psichiatria 1975) Athenaeum Verlag 1988  
Thomas Stephen Szasz (1920-2012): „The Myth of Psychotherapy – Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression“ SYRACUSE UNIVERSITY PRESS 1988 (1978)  
Ronald David Laing (1927-1989): „Knoten“ (Knots 1979) Rowohlt 1989; „Phänomenologie der Erfahrung“ (The Politics of Experience 1967) SUHRKAMP 1.Auflage 1969  
David Graham Cooper (1931-1986, südafrik.Psychiater): „Die Sprache der Verrücktheit. Erkundungen ins Hinterland der Revolution“ (The Language of Madness. Penguin 1978) Rotbuch Verlag 1990; „Der Tod der Familie - Ein Plädoyer für eine radikale Veränderung“ (The Death of the Family. Penguin, 1971) Rowohlt 2001  
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's 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  
Abram Hoffer (1917-), Linus Pauling (1901-94): „Orthomolecular Treatment for Schizophrenia –Mevagvitamin supplements and nutritional strategies for healing and recovering“ KEATS Publishing 1999, „New 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: „Putting it all together - The new Orthomolecular Nutrition“ KEATS Publishing 1996  
Carl Curt Pfeiffer (1908-88, MD, PhD): „Nährstoff-Therapie bei psychischen Störungen“ HAUG 1993 4.Auflage (1970) Aus dem englischen bearbeitet von Dr. Lothar Burgerstein.  
Patrick Holford: „Ernährung für die Psyche“ (Optimum Nutrition for the Mind) VEDA NUTRIA 2004 (2003), „Beat Stress & Fatigue“ PIATKUS 2005 (1999)  
Andrew L. Stoll (USA, Psychiater, Psychopharmakologe, Harvard): „The Omega-3 Connection – The Groundbreaking Antidepressant Diet and Brain Program“ FIRESIDE 2002  
Lothar Burgerstein (Dr.jur., 1895 Wien-1987Jona Rapperswil CH): „Burgersteins 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): „Vorsicht 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: „DOC, Wir haben ein Problem! Mineralstoffe und Spurenelemente, was Sie darüber unbedingt wissen sollten“ FLORAPRINT 2001  
Udo Renzenbrink: „Ernährung in der zweiten Lebenshälfte“ VERLAG FREIES GEISTESLEBEN 4.Auflage 1992 (1981), „Ernährung unserer Kinder – Gesundes Wachstum – Konzentration – Soziales Verhalten - Willensbildung“ VERLAG FREIES GEISTESLEBEN 8.Auflage 1990 (1977), „Die Sieben Getreide – Nahrung für den Menschen“ VERLAG AM GOETHEANUM 1993  
Norbert Fuchs: „Mit Nährstoffen heilen – Eine Einführung in die komplexe Orthomolekulare Nährstoff-Therapie“ RALF REGLIN 2001, 1999, „Mineralstoffe – Salze des Lebens“ KNEIPP VERLAG 2.Auflage 1995  
Michael Weber: „Q10 – Die Erfolgsgeschichte eines Vitalstoffes“ BOD 2009, „Q10 – Eine Schlüsselsubstanz für ein gesundes Leben“ Gerimed Pharma GmbH 1998  
Gian Paolo Littarru: „Energie und Schutz – Coenzym Q 10: Fakten und Perspektiven in der Biologie und der Medizin“ CASA Rom 1995  
Gian Paolo Littarru: „The Sixth Conference of the International Coenzyme Q10 Association“ 27.-30-V. 2010, Brüssel., „Fourth Conference of the International Coenzyme Q10 Association, Los Angeles, CA, USA, April 14-17, 2005.  
Bärbel Ziemann-Becker, Franz Enzmann: „Vitamin C - Ein lebensnotwendiger Schutzfaktor“ MSE Pharmazetika 1998  
Franz Enzmann: „Die elementare Multifunktion von Q10 bei der Universalität bioenergetischer Zellprozesse und seine Bedeutung für Gesundheit und Krankheit“ MSE Pharmazetika 2. Auflage 1999  
Ulla Unger-Göbel, Gisela Rauch-Petz: „Fit und gesund durch Coenzym Q10“ Südwest 2000  
Udo Pollmer (b.1954-): „Eßt endlich normal! – Das Anti-Diät-Buch“ PIPER 2007 (2005)  
Udo Pollmer (b.1954-), Andrea Fock, Ulrike Gonder, Karin Haug: „Prost Mahlzeit! - Krank durch gesunde Ernährung“ KiWi 8. Auflage 1999  
Udo Pollmer (b.1954-), Susanne Warmuth (b.1959, Biologin, freie Lektorin): „Pillen, Pulver, Powerstoffe. Die falschen Versprechen der Nahrungsergänzungsmittel“ EICHBORN 2008  
Udo Pollmer (1954-), A. Fock, U.Gonder, H.Haug: „Liebe geht durch die Nase - Was unser Verhalten beeinflusst und lenkt“ KiWi 2001  
Udo Pollmer (1954-), Brigitte Schmelzer Sandtner: „Wohl bekomm's - Was Sie vor dem Einkauf über Lebensmittel wissen sollten“ KiWi 2001, „Wohl bekomm's! –Prost Mahlzeit! – Zwei Bestseller der guten Ernährung in einem Band“ KiWi 2. Auflage 2007 (1994)  
Udo Pollmer (1954-), Cornelia Hoicke, Hans Ulrich Grimm: „Vorsicht Geschmack – Was ist drin in Lebensmitteln - Mit einem Lexikon der Zusatzstoffe“ HIRZEL 1998  
Hans Ulrich Grimm (b.1955, dtsh.Journalist, Autor): „Vom Verzehr wird abgeraten. Wie uns die Industrie mit Gesundheitsnahrung krank macht“ DROEMER 2012; „Die Ernährungslüge. Wie uns die Lebensmittelindustrie um den Verstand bringt“ KNAUR 2011 (2003); „Die Suppe lügt – Die schöne neue Welt des Essens“ KNAUR aktualisierte Neuauflage 2008 (1997); „Die Ernährungsfalle - Wie die Lebensmittelindustrie unser Essen manipuliert – Das Lexikon“ 3. Auflage HEYNE 2011 (2010)  
Ulrich Fichtner (b.1965, dtsh.Journalist, Autor): „Tellergericht. Die Deutschen und das Essen – eine kritische Bestandsaufnahme“ HEYNE 2006 (2004)  
Eckard Schiffer (b.1944, Arzt, Philosoph, Psychotherapeut): „Warum Tausendfüßler keine Vorschriften brauchen: Intuition. Wege aus einer normierten Lebenswelt“ BELTZ 2008  
Marita Vollborn (b.1965, Wissenschafts-/Wirtschaftsjournalistin), Vlad D. Georgescu (W-Journalist): „Die Joghurt-Lüge - Die unappetitlichen Geschäfte der Lebensmittelindustrie“ CAMPUS 2006  
Gunter Frank (b.1963, Arzt): „Lizenz zum Essen: Warum Ihr Gewicht mehr mit Stress zu tun hat als mit dem, was Sie essen“ PIPER 2008  
Udo Pollmer (1954-), Monika Niehaus: „Wer 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): „Futter fürs Volk – Was die Lebensmittelindustrie uns aufischt“ KNAUR 2006 (2001)  
Jürgen Schole, Wolfgang Lutz (1913-2010): „Regulationskrankheiten – Versuch einer fachübergreifenden Analyse“ ENKE 1988, VIDEEL 2001 (Nachdruck)  
Wolfgang Lutz (1913-2010, Österr.Internist): „Leben ohne Brot - Die wissenschaftlichen Grundlagen der kohlenhydratarmen Ernährung“ INFORMED 1998, „Kranker Magen - Kranker Darm -Was wirklich hilft“ SAYLA Gräffelfing1995  
Wolfgang Lutz „Christian B. Alan (PhD): „Life 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): „Heilkraft D - Wie das Sonnenvitamin vor Herzinfarkt, Krebs und anderen Zivilisationskrankheiten schützt“ 2.Auflage Systemed 2010 (2009), „Syndrom X oder Ein Mammut auf den Teller! – Mit Steinzeitdiät aus der Wohlstandsfalle“ SYSTEMED 5.Auflage 2004, „Täglich Fleisch – Auch der Mensch braucht artgerechte Ernährung“ HALLWAG 5. Auflage 2005, „Diätlos glücklich – Abnehmen macht dick und krank. Genießen ist gesund“ SYSTEMED 5. Auflage 2003, „Täglich Wein – Gesünder leben mit Wein und mediterraner Ernährung“ HALLWAG 2002, „Glücklich 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: „Mehr 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.spkpfh.de/>

Dr. med. Alois Dengg Arzt für Allgemeinmedizin (Geriatric) – [www.drloisdengg.at](http://www.drloisdengg.at) - Mayrhofen im Zillertal/Hollenzen 100, am 23.08.2012