



Es hat sich nichts Wesentliches in den letzten Jahren geändert.

PETER LEHMANN

Alternativen zur psychi- trischen Behandlung

Was Psychiatriebetroffene, Angehörige und Profis brauchen

Psychiatriebetroffene haben durchschnittlich eine um 25 Jahre geringere Lebenserwartung und seit drei Jahrzehnten steigt ihre Sterberate kontinuierlich an. Die toxische Wirkung der Psychopharmaka spielt neben der oft prekären ökonomischen Situation eine wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Eine Alternative ist nicht in Sicht, der Autor benennt die Gründe.

Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin kann dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, naturgemäß nicht gerecht werden. Ihre Gewaltbereitschaft und -anwendung stellen eine Bedrohung dar. Ihre Diagnostik verzerrt den Blick auf die wirklichen Probleme des Menschen in der Gesellschaft. Psychiatriebetroffene und ihre Angehörigen brauchen dringend angemessene und wirksame Hilfen, das heißt, Alternativen zur Psychiatrie und ihren Behandlungsmethoden. Psychosozial Tätige, die den Anspruch haben, zu helfen, sollten dieses Interesse teilen. Vor Jahren erklärten Mitglieder des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener in einer Umfrage für die Sozialpsychiatrischen Informationen, in der psychiatrischen Behandlung keine Hilfe zur

Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. Häufig werde die Menschenwürde verletzt, vieles sei überflüssig: Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen, Elektroschocks, Fixierung. Alternativen seien wichtig, um wählen zu können. Als Alternativen wurden unter anderem genannt: alternative Psychopharmaka, homöopathische Mittel, Selbsthilfe, Weglaufhäuser, Soteria (Peeck et al., 1995). Dass sich Wesentliches geändert hat in den letzten Jahren, ist nicht ersichtlich. Neben der oft prekären ökonomischen Situation spielt die toxische Wirkung der Psychopharmaka eine wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Psychopharmakahersteller wie der Pharmareise Janssen Pharmaceuticals (2012) halten ihre Produkte naturgemäß nicht für ausschlaggebend: „Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung. Herz- und Atemwegserkrankungen, Diabetes und Infektionen (wie HIV/AIDS) sind die häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.“

Selbst wenn es so wäre: Sollten der oft miserablen Gesundheitszustand von Psychiatrisierten und die vorher niemals sicher bestimmbarer Auswirkungen psychiatrischer Anwendungen (Defizit-Syndrom, Frontalhirnatrophie, Suizidalität, Delir, Zungen-Schlund-Krampf, Leber- oder Gefäßkrankung, Geschwulstbildung, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall etc.) nicht Anlass genug sein, die Schutzbefohlenen vor einer weiteren körperlichen Belastung durch Psychopharmaka und Elektroschocks zu bewahren und endlich angemessene Hilfen zu ermöglichen?

und strukturelle Maßnahmen wie die Verbesserung der Rechtssituation Psychiatriebetroffener durch Vorausverfügungen oder ihre Einbeziehung in Forschung und Lehre. Peter Stastny ist Gründungsmitglied des Internationalen Netzwerks für Alternativen und Recovery (www.intar.org), in dem sich Alternativprojekte weltweit zusammen geschlossen haben, und Mitherausgeber von „Statt Psychiatrie 2“, in dem diese Projekte und Ansätze vorgestellt werden (Lehmann & Stastny, 2007). Hier ein paar beforschte – noch bestehende oder historisch bedeutsame – Ansätze von Alternativen zur Psychiatrie.

Soteria (1971–1983)

Das klassische Soteria war ursprünglich ein Projekt im kalifornischen San José, gegründet von dem Psychiater Loren Mosher. Hier setzten Professionelle Laien für die Unterstützung sogenannter Schizophrener ein. Gegründet wurde Soteria 1971, repliziert unter dem Namen „Emanon“ von 1974 bis 1980, eingestellt schließlich 1983. Im deutschsprachigen Raum gibt es modifizierte Formen von Soteria-Einrichtungen unter anderem in Bern, Zwiesel und München (Aderhold et al., 2007). Soteria wurde 1971 als Forschungsprojekt eingerichtet, weil man gemerkt hatte, dass selbst gut ausgestattete, fortschrittliche Kliniken aufgrund ihres institutionellen Charakters meist eine positive Beziehung zwischen Betroffenen und Behandlern verhindern. Hindernisse wurden im medizinischen Krankheitsmodell gesehen, in der Größe und Struktur der Institution und in der neuroleptischen Behandlung. Psychotische Erfahrungen und Verhaltensweisen galten als verstehtbar, nämlich als Extreme grundlegender menschlicher Eigenschaften und als möglicher Ausdruck einer Lebenskrise. Nichtprofessionelle wurden als Betreuer gewählt, weil sie nicht von psychiatrischer Ideologie verdorben waren und tendenziell freier, spontaner und authentischer auf das reagierten, was manche eine „psychotische Reaktion“ nennen. Eingestellt wurde, wer die größte Fähigkeit besaß, verrücktes Erleben und Handeln zu verstehen, und in der Lage war, eine konstante, beruhigende Anwesenheit herzustellen, ohne zudringlich, fordernd oder störend zu sein. Funktion und Aufgabe der Betreuer war, für die Betroffenen da zu sein. Psychopharmaka, speziell Neuroleptika, wurden als problematisch für eine langfristige Rehabilitation angesehen und sehr selten vergeben. Wenn sie verschrieben wurden, blieben sie unter Kontrolle der Betroffenen. Mosher schrieb: „Wir verwenden Medikamente selten und wenn sie verordnet werden, bleiben sie in erster Linie unter Kontrolle des jeweiligen Bewohners. (...) Nach einer Probezeit von zwei Wochen entscheidet er, ob die Medikation fortgesetzt wird oder nicht.“ (Mosher & Hendrix, 1994, S. 17) Um die Wirkung von Soteria wissenschaftlich zu überprüfen, stellte man der Experimentalgruppe im Soteria-Haus eine Kontrollgruppe in einer psychiatrischen Klinik gegenüber. Der Vergleich der Soteria-Bewohner mit der Kontrollgruppe, in der alle Neuroleptika erhalten hatten, zeigte: Der Gebrauch von Psychopharmaka war bei der Soteria-Gruppe auch noch nach zwei Jahren sehr gering. Größer war die persönliche Entwicklung; die Indikatoren waren:

- regelmäßige Arbeit über einen gewissen Zeitraum
- erfolgreicher Schulbesuch bzw. -abschluss
- Verlassen des Elternhauses, selbstständiges Wohnen

- befriedigende sexuelle Beziehung
- Die Kosten waren in beiden Gruppen etwa gleich, die Wiedereinweisungen in eine psychiatrische Klinik bei der Soteria-Gruppe etwas niedriger.

Krisenherberge (1994–1996)

Die Krisenherberge war eine betroffenenengeleitete Alternative zur stationären Psychiatrie. Hauptziel war es, einen Ort im Tompkins County im Bundesstaat New York bereitzustellen, wohin Menschen sich zurückziehen konnten, die den Aufenthalt in einer beschützenden Einrichtung für nötig hielten und/oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Die Planung, an der Psychiatriebetroffene wirksam beteiligt waren, dauerte mehrere Jahre, finanziert wurde das Projekt von einem gemeinnützigen psychosozialen Verein. Die Krisenherberge unterschied sich von konventionellen Krisendiensten durch die Einbeziehung von Betroffenen, das zwangsfreie nichtmedizinische Modell, die eigene Definition von Bedürfnissen und die gegenseitige Unterstützung.

Die Krisenherberge unterschied sich von konventionellen Krisendiensten durch die Einbeziehung von Betroffenen, das zwangsfreie nichtmedizinische Modell, die eigene Definition von Bedürfnissen und die gegenseitige Unterstützung.

Das Programm bestand aus zwei Komponenten: dem Angebot von vorsorglicher Krisenplanung und Training zur Krisenbewältigung verbunden mit der Unterstützung in einer Beratungsstelle, akuter Krisenunterstützung, Workshops, Beratung durch Betroffene, Rechtsberatung. Und aus einer Unterkunft für Leute, die diese nach eigener Einschätzung benötigten, weil sie sich in Gefahr sahen, psychiatrisch untergebracht zu werden, samt Raum zum Toben oder Entspannen. Der Auswertung der Resultate lagen die Daten von 265 Personen zugrunde, über deren Aufnahme in die Krisenherberge per Zufallsauswahl entschieden worden war. Alle Teilnehmer an der Studie hatten Diagnosen nach der psychiatrischen Diagnosenfibel „DSM-III R“, die meisten waren vier Mal oder häufiger in die Psychiatrie eingewiesen worden. Die Testgruppe hatte Zugang zu allen Angeboten der Krisenherberge. Die Kontrollgruppe konnte diese Angebote nicht in Anspruch nehmen und musste sich mit den üblichen psychi

atrischen Einrichtungen begnügen. Die Auswertung überrascht wenig. Die Krisenherberge leistete zeitnähere und hilfreichere Krisenhilfe mit sachkundigerem Personal, das die Rechte der Betroffenen mehr respektierte. Die Testgruppe erlebte eine stärkere Unterstützung bei der Gesundung und Selbsthilfe als die Kontrollgruppe, ihre Zufriedenheit mit den Angeboten war höher. Klienten der Krisenherberge zeigten größere Fortschritte bei der Gesundung, bei der Fähigkeit, die Geschick wieder in die eigene Hand zu nehmen, und bei der Zufriedenheit mit der eigenen Situation. Ausfälle im Arbeitsleben waren seltener und geringer, Klinikaufenthalte seltener und kürzer, die gesamte Kostenersparnis lag bei 35 Prozent.

Offener Dialog (seit 1990)

Der Psychiater Yrjö Alanen entwickelte in Südfinnland die bedürfnisangepasste Behandlung, die dem Offenen Dialog zugrunde liegt. Über diesen berichten Jaakko Seikkula und Birgitta Alakare, Psychologe und Psychiaterin (2007). Als notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention nennen sie:

- ein systemisches Psychosenverständnis, das sich auf Beziehungsstörungen der Menschen stützt, nicht aber auf Hirnstörungen
- sofortiges Reagieren vor Ort
- Einbeziehung des sozialen Netzes, auch in die Entscheidungen
- Übernahme von Verantwortung
- psychologische Kontinuität
- ein Team mit Mitgliedern aller Berufsgruppen
- Toleranz von Ungewissheit (zu der auch die Enthaltung von Psychopharmaka über Wochen gehört).

Neuroleptika könnten zwar helfen, Symptome zu lindern, würden aber gleichzeitig Selbstheilungskräfte und psychologischen Ressourcen schwächen. Da sie ruhigstellten und dämpften, können sie die psychologische Arbeit behindern. Die Herausforderung sei es, einen Prozess zu schaffen, der die Sicherheit verstärkt und zu persönlicher Arbeit ermutigt. Ein Vergleich des Behandlungsprozesses bei Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen Offenem Dialog und üblicher Behandlung ergab in einer zweijährigen Verlaufsstudie:

Die Patienten der Vergleichsgruppe hatten wesentlich längere Klinikaufenthalte (ca. 117 Tage gegenüber nur 14 Tagen in der Gruppe des Offenen Dialogs). Alle Patienten in der Vergleichsgruppe nahmen Neuroleptika, verglichen mit nur einem

Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs. 71 % der Patienten in der Vergleichsgruppe hatten gegenüber nur 24 % in der Gruppe des Offenen Dialogs mindestens einen Rückfall. Patienten in der Vergleichsgruppe hatten wesentlich mehr bleibende psychotische Symptome. Etwa 50 % der Vergleichsgruppe hatten mindestens gelegentlich leichte Symptome, in der Gruppe des Offenen Dialogs nur 17 %. Der Beschäftigungsstatus war bei der Gruppe des Offenen Dialogs besser, nur 19 % lebten von Erwerbsunfähigkeitsrente, verglichen mit 57 % in der Vergleichsgruppe.

Alternativen ...

Neben den genannten Projekten und Ansätzen gibt es noch weitere alternative Ansätze, zum Beispiel das Weglaufhaus Berlin als antipsychiatrische Zufluchtstätte (Wehde, 1991; Kempker, 1998) oder Formen individueller und organisierter Selbsthilfe. Das Wohnprojekt Diabasis, ein vom Psychiater John Perry in den 1970er-Jahren für Menschen mit akuten Psychosen gegründetes Wohnprojekt in San Francisco, soll diese Liste abschließen. „Diabasis“ stammt aus dem Griechischen, bedeutet Übergang und bezieht sich auf die Chance zur Persönlichkeitsentwicklung, die Verrücktheitzustände und andere Krisen in sich bergen. Über sein von der Mainstreampsychiatrie ebenfalls komplett ignoriertes Projekt berichtete Perry 1977: „An allererster Stelle steht die Einstellung der Mitarbeiter zu psychotischen Zuständen. Wir hatten quasiprofessionelle Berater ohne Psychopathologie-Ausbildung. Ihr übereinstimmender Standpunkt war, dass sich die psychiatrische Etikettierung zerstörerisch auf die Klienten auswirkt. Weil dadurch deren Erfahrungen und Wesensarten abgewertet werden. Aus diesem Grund vertraten die Mitarbeiter die strikte Grundregel: nicht etikettieren. Ihre allgemeine Haltung zeichnete sich aus durch Anteilnahme, Ermutigung, Unterstützung und Zuneigung. Die Atmosphäre im Haus war warm, stützend, offen und frei für den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. (...) Wir vergaben keine Psychopharmaka. Wir hatten hohe Erwartungen, aber trotzdem waren wir über die Ergebnisse erstaunt. Die bemerkenswerteste Erfahrung war die Schnelligkeit, mit der diese Menschen von ihren psychotischen Zuständen herunterkamen: Die meisten kehrten zu einem zusammenhängenden, rationalen Bewusstseinszustand innerhalb von ein bis fünf Tagen zurück. Die längste Rückkehr dauerte neun Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptomfrei-

heit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.“ (S. 194)

Ausblick

Da diese nachweislich erfolgreichen Alternativen zum größten Teil nicht von ungefähr nicht mehr existieren und die Psychiatrie sich immer mehr in Richtung der Pharmaindustrie und hin zu biologischen Behandlungsmethoden bewegt, ist nicht anzunehmen, dass in absehbarer Zeit Alternativen zur Psychiatrie und Reformen, die an den Interessen der Betroffenen orientiert sind, entwickelt werden. Dass WHO und die Europäische Kommission bei der Consensuskonferenz 1999 in Brüssel mit der Förderung von Selbsthilfe und nichtmedizinischen Ansätzen, der wirksamen Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in psychiatriepolitische Entscheidungen und der Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten, die Grundpfeiler einer sinnvollen Reformpolitik definierten, („Conclusions“, 1999), bleibt folgenlos. Die genannten Beispiele zeigen, dass psychiatrisch Tätige wie auch Psychiatriebetroffene nutzerorientierte Alternativen aufbauen könnten, die wirksamer und preiswerter wären und einen Trendwechsel gegen das frühe Sterben von Psychiatriepatienten einleiten könnten.

Literaturangaben im Internet unter www.peter-lehmann.de/document/alternativen 2013

Peter Lehmann

ist Dipl.-Sozialpädagoge, betreibt den Antipsychiatrieverlag in Berlin, ist Autor von „Der chemische Knebel“, „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern“ und Mitherausgeber von „Statt Psychiatrie“ u.v.a.m. Er erhielt 2010 von der Aristoteles-Universität Thessaloniki die Ehrendoktorwürde.

Mehr unter www.peter-lehmann.de
Kontakt: mail@peter-lehmann.de