

Interview mit Dr. Volkmar Aderhold

'VielFalter' - Magazin gegen Monokultur und für Inklusion - Sendung vom 28. Juli 2016

<https://rdl.de/beitrag/vielfalter-magazin-gegen-monokultur-und-f-r-inklusion-28072016>

Transkript der [Sendung vom 28. Juli 2016](#) mit Dr. Volkmar Aderhold, der in Deutschland nicht nur die Debatte über Schäden und verkürzte Lebenserwartung durch Neuroleptika angestoßen hat, sondern hierzulande auch durch Seminare, Fortbildungen und Vorträge die Konzepte "Bedürfnisangepasste Behandlung" und "Offener Dialog" voranbringen will. (download: <http://vielfalter.podspot.de/files/julisendung016.mp3>)

Mirko Ološtiak-Brahms: *Hallo und herzlich willkommen zu 'VielFalter - Magazin gegen Monokultur', hier im Gruppenradio von [Radio Dreyeckland](#), die Sendung vom 28. Juli 2016, am Mikrophon Mirko Ološtiak-Brahms. Heute mit einem Gespräch mit Dr. Volkmar Aderhold:*

Dr. Volkmar Aderhold: Ich bin Psychiater in Deutschland, dem die Psychiatrie am Herzen liegt, der relativ viel in der Psychiatrie gearbeitet hat und sich vor 9 Jahren entschlossen hat die Institution zu verlassen um den Rest seiner Arbeitszeit damit zu verbringen, durch Fortbildungen, durch Vorträge, durch Schreiben den Versuch zu machen, das System ein bisschen zu verändern. So würde ich mich vielleicht sehen.

M.O.B.: *Vor ein paar Jahren habe ich Volkmar Aderhold vor allem in der Debatte über frühzeitige Sterblichkeit durch Neuroleptika wahrgenommen. Also: Neuroleptika verkürzen die Lebensdauer der Menschen, die diese Substanzen auf Dauer nehmen um beträchtliche Zeit. Inzwischen sehe ich Herrn Aderhold vor allem im Zusammenhang mit „Bedürfnisangepasster Behandlung“ beziehungsweise dem „Offenen Dialog“ und seinem Engagement dafür.*

V.A.: Es gab diese Zwei-Wege-Strategie schon immer. Also das, was ich jetzt mache, verfeinert, habe ich versucht und in Gang gesetzt schon vor der Neuroleptika-Geschichte, und dann kam die kritische Auseinandersetzung mit Neuroleptika. Also die Mortalität, dann überhaupt die Dosierung. Die Frage: Wird das Gehirn geschädigt? Wird es dadurch geschrumpft? Das war die letzte größere Geschichte. Und daneben war immer die Frage: Was braucht es eigentlich für eine Psychiatrie? Das war für mich immer eine Zwei-Wege Strategie.

M.O.B.: *Du hast ziemliche Kritik an der Psychiatrie wie sie ist oder was sie bisher war, und du propagierst einen Weg der nennt sich Need Adapted Treatment oder Bedürfnisangepasste Behandlung.*

V.A.: Die Liste der Kritik an der Psychiatrie könnte eine ganz lange Liste werden. Wenn ich es runter breche: Sie benutzt Medikamente in einem Ausmaß und in einer Weise, die Medikamente dazu veranlasst zu schädigen - Menschen zu schädigen - in relativ vielen Fällen, und sie kümmert sich nicht darum therapeutische Kontexte zu schaffen, wo man Neuroleptika und andere Medikamente runter fährt. Wo man nicht das tut, was in der Beziehung stattfinden müsste. Einen zu hohen Gebrauch von biologischer Psychiatrie und einen viel zu geringen Gebrauch von Beziehungspsychiatrie. Für mich hat das immer eine Waage - die brauchen sich beide, aber das Pendel ist in Deutschland - und in vielen andern Staaten auch - viel zu sehr im Biologischen. Es erscheint als einfache Lösung, die zum Problem wird. Daraus leite ich ab: Schlechtes Behandlungsergebnis, Chronifizierung von Menschen, wo wir besser sein könnten. Soziale Inklusion: schlechtes Behandlungsergebnis! Menschen kommen nicht in ein autonomes Leben, die es könnten. Menschen kommen nicht auf den Arbeitsmarkt, die es könnten. Menschen kommen nicht weg von der Psychiatrie, die es könnten. Menschen kommen nicht in den Sozialraum, in die Normalität des Lebens, die es könnten. Menschen kommen viel zu häufig in gesetzliche Betreuungen, die sie nicht brauchen. Menschen kommen in Unterbringung, wo das nicht nötig

wäre. Menschen kommen in Fixierung, wo das anders gehen würde. Das könnte ich jetzt auch alles an Zahlen belegen. Wir sind im Outcome dieser relativ teuren Psychiatrie ausgesprochen schlecht. Und wir verkleistern das. Wir stellen uns dem nicht. Jeder redet es schön. Also es geht erst mal um Aufklärung. Und um sich dem stellen.

M.O.B.: *Es wird sehr viel Geld ausgegeben und dieses Geld verpufft wirkungslos oder richtet sogar Schaden an?*

V.A.: Also: Man könnte mit dem Geld viel besser arbeiten und viel mehr für die Menschen rausholen als uns das gelingt. Es gibt ja sogar Leute wie der Däne Gøtsche, der sagt: Einige Dinge sollten wir schlichtweg lassen. Dann wären wir besser. Der sagt sogar: „Verbietet die Neuroleptika!“ Soweit würde ich nicht gehen. Aber viel weniger wäre mehr. Viel mehr.

M.O.B.: *Zumindest achtzig Prozent der Medikamente, die verabreicht werden, könnte man weglassen und das wäre besser?*

V.A.: 80? Ja, also ich würde mich auf 60 bis 70 runter handeln, aber ich würde über 50 gehen. Ab da müsste man sehr genau gucken in welchen Bereichen und so. Aber das müsste man fein klöppeln. Vielleicht käme am Ende doch 80 raus - da würde ich mich jetzt nicht festlegen, weil das habe ich mir noch nie so durchgerechnet. Aber über 50 locker.

M.O.B.: *Du bietest eine Fortbildung an im „Offenen Dialog“. Das ist ein Modell, das in Finnland schon lange praktiziert wird. Mit sehr guten Ergebnissen eigentlich. Kannst Du uns darüber was erzählen?*

V.A.: Das ist vielleicht die Form der gemeinsamen Arbeit mit Menschen und mit Psychosen und ihrem natürlichen Umfeld, die für mich seit ungefähr 20 Jahren den größten Sinn macht. Davor liegt eine Phase langer Suche. Und ich bin da einfach hängen geblieben. Ein Modell, das auch international in den letzten 10 Jahren einen unheimlichen Hype erlebt hat. Das jetzt in vielen Ländern Aufruhr macht. Auftaucht. Ankommt. Sich ins System bringt. Also in England deutlich. In Amerika regional. In Polen regional. In Niederlanden fängt es jetzt an. In Belgien gibt es eine Gruppe. Es verbreitet sich ein bisschen jetzt im Europäischen Raum, aber auch International. Es gibt Gruppen in Japan, die danach fragen. Also: ein Modell im Hype kann man fast sagen, für so ein alternatives Modell.

Was es ist, ist in gewisser Weise ober-simpel. Also: Ein Mensch kommt in die Krise und das Erste, was man tut ist, im sozialen Raum der Menschen alle, die um diesen Menschen in der Krise Bedeutung haben in das gemeinsame Tun einzubeziehen. So viele wie möglich und wie der Klient selbst für sinnvoll hält und natürlich auch annehmen kann. Von dieser Logik aus - was ist dieser Mensch, was sind die anderen, was ist passiert und wie können die sich gemeinsam aus dieser Krise herausbewegen - das ist der zentrale Punkt und dafür stellen sich die Profis zur Verfügung.

Das wär's so ganz grob. Und dann wird es natürlich tricky. Wie man das macht und in welcher Form, und wie diese Gespräche sind, die man da führt - die wir Netzwerkgespräche nennen - das ist dann schon eine subtile Methode. Es ist auf der einen Weise leicht verständlich und auf die andere Weise nicht ganz so einfach. Aber absolut lernbar. (8'28)

M.O.B.: *In Finnland hat diese Methode zu sehr guten Erfolgen geführt, die aber meines Wissens nirgendwo so reproduziert werden konnten.*

V.A.: Die nirgendwo reproduziert wurden! Das hat damit zu tun: Auch in Finnland war es mal über diese Bedürfnisangepasste Behandlung eine landesweite Bewegung für Menschen mit Psychosen. Das war in den 80er Jahren. Da hat man gezeigt, dass diese Methode Betten deutlich reduziert. Also um die Hälfte. Und Chronifizierungen um 60 Prozent. Das war national weit. Und dann kam diese spezifische Methode des Offenen Dialogs. Die begrenzt sich auf drei bis vier Regionen. Und eine Region in West-Lappland hat das zur Perfektion getrieben. Die sind wirklich gut. Also die sind seit 25 Jahren dabei. Die machen das. Sie haben schon einen Generationenwechsel vor sich oder sind mittendrin. Und die haben ein Forschungsprojekt gemacht. Also 3 Mal diese Teams und die

Klienten über zwei Jahre, einmal über 5 Jahre, einmal in den 90er Jahren, zuletzt im Jahre 2005, also 3 mal eine Gruppe von 30 bis 50 Menschen auch wissenschaftlich befohrt und das Ergebnis erfasst. Und da kamen eben diese besonders guten Ergebnisse raus: 75 % der Leute sind auf dem Ersten Arbeitsmarkt angekommen und 85 % sind arbeitsfähig aus diesem Behandlungsprozess herausgekommen - mit sehr geringen Hospitalisierungsraten. Das ist ein sehr komplexes gemeindepsychiatrisches Modell, und diese Praxis ist an keinem andern Ort bisher repliziert worden. Also nochmal erneut befohrt worden. Drei mal dort aber noch nirgendwo anders. Das geht jetzt los.

Sogar in anspruchsvoller Weise indem sich die Engländer vorgenommen haben sogar eine randomisierte Studie zu machen, also nicht nur eine Gruppe über zwei Jahre zu befohren, sondern Menschen mit Ersterkrankung, erste Psychose, in zwei verschiedene Behandlungsarme zu bringen. Also einmal den Offenen Dialog und einmal die normale Behandlung. in größeren Regionen. Also eine Multicenterstudie um zu gucken was passiert. Und das gleiche haben die Italiener vor. Für beide ist es nicht so einfach. Das ist ein Kaltstart. Teams die ganz neu damit in Kontakt kommen, sollen das sofort toll und richtig machen und dabei noch befohrt werden, das ist natürlich ein Mega-Vorsatz. Also da ist Begleitforschung unterwegs. Die aber auch wiederum vielleicht in einem Jahr wirklich an Kraft gewinnt und 4 bis 5 Jahre braucht bis Ergebnisse da sind. Das ist keine Antwort bis übermorgen, sondern eher für 2022.

M.O.B.: *Es gibt ja schon seit längerem Kritik an der Psychiatrie. Das ist ja nichts neues. Antipsychiatrie war Mitte der 60er Jahre schon fast ein Hype kann man sagen. Ronald Laing hat in London eine Therapeutische Wohngemeinschaft aufgemacht, Nicht-hierarchisch. Es gab die Soteria in Kalifornien. Die beide auch in gewisser Weise erfolgreich waren, aber auch beide aus finanziellen Gründen nicht mehr fortgeführt werden konnten. Das heißt es gibt schon länger Ansätze die nicht auf medikamentöse Behandlung setzen, sondern nur am Rande darauf.*

V.A.: Soteria ist doch letztlich auch aus Gründen zum Scheitern gebracht worden, weil es einfach das System bedroht hat. Das würde ich schon so sagen.. Also nicht weil das Geld nicht da war. Sondern das Geld wurde nicht bereitgestellt, weil Soteria nicht sein sollte. Das war damals revolutionär und bedrohlich. Damals hatten wir noch eine Situation wo die meisten Wissenschaftler absolut auf Neuroleptika gesetzt haben. Dass auch immer viel Versprechen in die Zukunft da war: Neue Substanzen, Alles wird besser, und Soteria stört. Also es ist nicht am Geld gescheitert, sondern am falschen Paradigma, am bekämpften Paradigma, das für die Biologische Psychiatrie bedrohlich wurde. Bis hin in sehr persönliche Rochaden. Ich kenne die Situation noch relativ gut von innen. Und jetzt kommt das schon wieder neu auf. Weil einfach Ernüchterung im Feld ist. Also der Hype der Atypika ist rum. Es gibt nichts neues in der Pipeline, keine Substanzen die man mit neuen Versprechungen verbinden könnte. Wenn dann überhaupt eine Teilsubstanz vom Cannabis, die aber nicht Cannabis ist. Rauchen nützt nichts. Es gibt also neue biologische Substanzen die interessant wären für Psychosenbehandlung, die aber nicht patentgeschützt wären und deshalb keinen interessieren. Und damit ist die biologische Kiste also relativ zu, und vieles hat nicht das gebracht, was man noch vor fünf Jahren gehofft hat. Und die Schädigungen werden deutlicher. Sie sind nicht mehr zu verleugnen. Die Publikationen sind da. Der Diskurs ist mitten im Mainstream, wie gefährlich und wie toxisch und wie schädigend Neuroleptika wirklich sind. Und deshalb jetzt die Suche nach dem anderen, nach den Möglichkeiten, wirklich die Dosierung auch runterzufahren. Dadurch kriegt jetzt plötzlich Soteria auch im Mainstream wieder eine Bedeutung. Dieser Revival. Und das gibt uns eine Chance.

M.O.B.: *Es wird ja sehr sehr viel Geld in der Forschung für genetische Forschung verbraten. Man hört alle paar Monate oder alle Paar Jahre von Neuen Schizophrenie-Genen oder Depressions-Genen oder ähnliches und es gibt kaum Gelder für sozialpsychiatrische Forschung.*

V.A.: Also ich weiß nicht, wie die Endsumme ist. Also in der Genetik ging es, das hab ich einen Artikel schon um ca. 2000 gelesen, um 50 Milliarden an Forschungsmitteln. Da ist mittlerweile sicherlich nochmal was rein geflossen. Wir reden um irre Summen. Also die Ergebnisse sind absolut

ernüchternd. Nehmen wir mal Schizophrenie, da kenne ich mich aus. Die Genetik hat erbracht, dass man heute von ungefähr 100 Teilgenen spricht, die irgendwie an der Störung und auch an anderen Störungen beteiligt sind. Die überhaupt nicht mehr spezifisch sind für die Schizophrenie oder die bipolare Störung. Also riesige Überlappung in den diagnostischen Kategorien, die alle minimale Einzeleffekte haben. Die in der Summation vielleicht einen irgendwie bedeutsamen Effekt ergeben, aber absolut überhaupt noch nicht erklären, warum das Ganze geschieht. Wir sind in absolut kleinen ersten Vorverständnissen. Das sagen die Genetiker auch selber. Zwischendurch schieben Sie mal so eine Meldung raus, als ob jetzt damit das Problem gelöst wäre. Das verschwindet in der Regel wieder, schon nach wenigen Monaten.

Das ist so eine Art Publicity von Wissenschaftlergruppen. Insgesamt kommt immer dabei raus, dass ein einzelnes gehyptes Gen immer nur für eine bestimmte Labor- oder Forschungskohorte Gültigkeit hat. Das es in der Komplexität jedoch nicht gültig ist. Also das ebnet sich immer wieder ein. Es ist heute sehr klar und soweit absehbar, dass sich aus der Genetik therapeutisch auf absehbare Zeit nichts ergeben wird. Also wir werden nichts auf der genetischen Ebene damit machen können im Sinne von Medikation. Es dient ein wenig dem Verständnis. Und wenn Gene überhaupt Wirkung entfalten dann wohl nur durch Umweltbedingungen, in denen Sie angeschaltet, abgeschaltet, verstärkt werden. Epigenetik heißt das. Gen- Umwelt- Interaktion. Also bei den Faktoren wie biologische und psychische Schwangerschaftskomplikationen, Geburtskomplikationen, frühe Verlusterfahrungen, frühe instabile Umwelten, sexuelle, physische und emotionale Traumatisierung, Vernachlässigung, auch Konflikte der Eltern, Aufwachsen in Städten, soziale Fragmentierung, soziale Notlagen, soziale Ablehnung und Niederlagen, Bullying, Diskriminierung, Migration, Cannabis. Es gibt 20 bis 30 Faktoren, die bis heute wissenschaftlich raus gearbeitet wurden. Und ärgerlicherweise wird von all diesen Umweltfaktoren meist nur Cannabis genannt. Und nicht sexueller Missbrauch. Oder Vernachlässigung, oder da wo die entscheidenden biographischen Schwierigkeiten sind. (18'38)

M.O.B.: *Es gibt ja zunehmend auch in Fachkreisen Menschen, die das Konzept der Schizophrenie in Frage stellen, als eine unwissenschaftliche Klassifizierung und ähnliches bezeichnen und dafür plädieren, diesen Begriff, diesen Stempel, aus dem psychiatrischen Sprachgebrauch zu verbannen.*

V.A.: Das Wort Schizophrenie ist so was von toxisch, allein deshalb sollte man sich so schnell wie möglich davon verabschieden. Also das hat eher was mit dem Labeling zu tun, mit der Diskriminierung. Die Japaner haben das gemacht. Die haben einen neuen Begriff - ich weiß nicht, das ist natürlich ein japanischer Begriff - aber es hat irgendwas zu tun mit einem Mangel an Integration im Gehirn. also in diese Richtung geht der Begriff. Und die haben das einfach getan und haben damit eigentlich nur gute Erfahrungen gemacht. Man kann plötzlich darüber reden, die Not des sich verstecken Müssens wird geringer. Die Diskurs-Fähigkeit über die Symptome wird besser. Man kann es auch aus therapeutischen Gründen nur empfehlen. Das ist aber erst mal nur der Name. Der zweite Grund bezieht sich auf Konstrukt einer psychischen Erkrankung, was deshalb bedeutsam ist, weil jedes Konstrukt einer psychischen Erkrankung immer Ränder hat, die immer in die Normalität reichen. Die Vorstellung man ist entweder gesund oder krank, die ist vom Tisch, weil man aus Studien z.B. weiß, dass etwa 5 -7 % aller Menschen wirklich Stimmenhörer sind, wobei vielleicht am Ende ein Prozent oder vielleicht 1.5% die Diagnose Schizophrenie erhalten. Dann ist vielleicht noch ein bisschen Borderline dabei. Also mehr Leute hören Stimmen, die kein Label kriegen und es auch nicht brauchen. Denn die kommen ja irgendwie klar. Viele haben deutlich mehr gutartige Stimmen.

Es gibt sozusagen den Normalbefund einer psychotischen Phänomenologie. Das muss man erst mal zur Kenntnis nehmen. Und darin gibt es dann die Menschen, die Schwierigkeiten kriegen. Ob man das dann anfängt, Krankheit zu nennen oder anders? Es ist auf jeden Fall alles ein Konstrukt. Psychische Krankheit ist ein gesellschaftliches Konstrukt des ausgehenden 19 Jahrhunderts. Fängt vielleicht schon früher an. Da bin ich historisch nicht so gut drauf.

Der gesellschaftliche Konstruktionscharakter ist klar, da kann man letztlich drüber verhandeln und das ist offen. Die Userbewegung nimmt gerne, das weiß ich aus Amerika, den Begriff des

Emotional Distress, des subjektiven Stress der unter bestimmten Bedingungen entsteht, den andere Krankheit nennen, aber ich nenne das Belastungsstress. Das wäre wahrscheinlich die am wenigsten diskriminierende Möglichkeit darüber ins Gespräch zu kommen. Und hilfreich zu sein. Da kommt noch eine andere Sache dazu, das ist hoffentlich nicht zu kompliziert für ein Kurzinterview, das hat mit der Wissenschaft zu tun. Dieses Konstrukt der Schizophrenie ist eigentlich auch wissenschaftlich gescheitert. Es gibt schon lange die klare Erkenntnis der Psychiatrie selbst, das es nicht die Schizophrenie gibt. „Die Schizophrenien“ hat Bleuler gesagt. Man kann es noch mehr runter brechen, es gibt eine heterogene Gruppe von Syndromen die man als Gesamtgruppe Schizophrenie nennt. Aber darunter verbergen sich, manche sagen sechs verschiedene - oder zehn oder zwanzig. Schizophrenie ist also ein Sammelsurium an Phänomenen, die aus ganz unterschiedlichen Ursachenfaktoren entstehen können. Von Infektion über Stress über weiß-ich-nicht-was, über genetische Gen-Umwelt-Interaktion. Dieser ganze Raum darunter ist sehr unterschiedlich und heterogen. In die Falle dabei ist die Medizin geraten, also die Psychiatrie selber, indem sie dieses ganze Sammelbecken weiterhin benutzt und darunter nur vielfältige Befunde gefunden hat die nicht zuzuordnen sind. Und deswegen hat sich die Psychiatrie selbst auf den Weg gemacht neue diagnostische Kategorien zu schaffen. Das Problem ist nur: die haben jetzt sehr basale grundsätzliche Kategorien geschaffen: Kognition, Motivation, Affekt, Soziales, Vegetatives, und mit diesen groben Kategorien versuchen Sie jetzt wissenschaftliche Befunde irgendwie zusammenzufassen und daraus vielleicht in 10 Jahren, man weiß es nicht, mit neuen diagnostischen Benennungen und Ordnungen zurückzukommen. Also ein langer Weg wo keiner weiß was rauskommt. Und im Augenblick haben wir kein diagnostisches System mehr, was man wissenschaftlich für sinnvoll halten könnte. Im Augenblick leben wir von der Konvention und wir können es nicht abschaffen, denn damit werden Leistungen verpreist bei der Krankenkasse, damit werden Publikationen geschrieben, damit bedienen wir Konventionen des Gesprächs in der Psychiatrie. Aber alle wissen eigentlich das sie mit etwas arbeiten was keinen Sinn mehr macht. Das ist einzigartig. Das haben wir so noch nicht erlebt.

M.O.B.: *Das macht ja schon länger keinen Sinn mehr, wenn man sich das Outcome anschaut.*

V.A.: Aber dass die Psychiatrie selbst das untereinander kommuniziert, das ist schon neu. Das DSM 5 ist ja die neue Bibel, die schon viel kritisiert wurde, dass sie die Fabrikation von psychischer Erkrankung ist. Thomas Insel war der Chef des National Institut of Mental Health, das ist die größte Wissenschaftliche Forschungsabteilung der Welt, oder der Amis, der ist jetzt in Rente gegangen. Er hat in seinem eigenen Blog geschrieben das die Patienten Besseres verdient hätten. Das die Art zu diagnostizieren im DSM 5 in etwa so sei, wie wenn der Internist für Kategorien wie Brustschmerz fünf Kriterien hätte, mit denen er Brustschmerz definiert , linke Seite, rechte Seite, mittelschwer und attackenweise oder so. Ungefähr in diesem Primitivraum von Diagnostik bewegt sich für einen Wissenschaftler, also für den Vorsitzenden einer der größten wissenschaftlichen Gesellschaften, das DSM 5. Das muss man sich vorstellen. Dass das öffentlich so ausgedrückt wird. Das ist eine Katastrophe.

M.O.B.: *Thomas Insel wird ja auch zugeschrieben der Ausspruch, dass psychiatrische Diagnosen nicht valide seien, das man genau so gut auch würfeln könne.*

V.A.: Ja, das ist ungefähr das Gleiche in noch einfacherer Beschreibung.

M.O.B.: *Nochmal zurück zum Offenen Dialog: Da wird im Volksmund immer die Frage: "Was hast Du?" gegenübergestellt der Frage: "Was ist passiert?"*

V.A.: Das Worte Finden für das was man erlebt, das ist hoch bedeutsam. Und natürlich auch für die Geschichte dessen, was man erlebt. Also was ist passiert. Was für ein eigener Name für das gefunden wird, was wir bisher Psychose nennen, das ist immer ein Prozess in diesen Dialogen.

Es könnte vielleicht hilfreich sein, dass Menschen einen Namen finden für das, was sie gerade erleben. Ob das gerade „Extremangst“ ist, oder „Stimmenhören“ oder „misstrauisch sein“. Oder auch „verfolgt werden“. Also wie das Selbst-labeling ist, und wie das in der Familie dann

kommuniziert wird, das ist für dieses Modell des offenen Dialoges eben ein dialogischer Prozess mit offenem Ausgang und mit subjektiver Akzeptanz. Für die Wissenschaft haben sie sich schon entschlossen, dann auch die vorhandenen Labels zu nutzen weil sie ja letztendlich auch wieder Symptome zählen müssen und diesen Verlauf über zwei Jahre ausrechnen wollen. Das würde sie daher nicht davon abhalten, trotzdem mit den normalen Kategorien Wissenschaft zu betreiben, aber im Wissen darum, dass es sich um Konstrukte handelt, mit denen nur man an den Diskursen der Wissenschaftsgemeinschaft teilhaben kann.

M.O.B.: *Ich hab es selber erlebt, dass mir eine Diagnose zugeschrieben wurde. Mir der Stempel aufgedrückt wurde: „endogene Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis“. Das haben andere Leute über mich gesagt, die relativ wenig mit mir gesprochen haben. Das würde mir im Offenen Dialog nicht passieren, oder?*

V.A.: Ich muss immer überlegen wie wäre das denn jetzt in Tornio in West-Lappland. Warum ich nicht so ganz schnell antworten kann liegt daran, dass ich gerade überlege, was die eigentlich in ihre Dokumentation schreiben. Und was schreiben die eigentlich in ihren Arztbrief. Und wie kommunizieren sie diese Begriffe in ihrem Arztbrief mit den Klienten. Dass es für das Gespräch, für das dialogische Gespräch, darum überhaupt nicht geht, ist klar. Sondern über diese Art: Wie verstehst Du Dich selbst und wie beschreibst du das selbst. Die eigenen Worte zu finden, ist absoluter Kern der Methode. Wie der Umgang mit diesem Labelling ist aufgrund von vorhandenen Diagnosekategorien, Erfordernissen der Krankenkasse, der Wissenschaftsgemeinschaft und so weiter, das könnte ich jetzt nicht mehr sicher sagen. Ich bin ja bald wieder dort und nehme die Frage mit, um noch mal zu gucken: Wie fahren die auf zwei Gleisen im klinischen Alltag.

M.O.B.: *Der Krankheitsbegriff ist wichtig um abrechnen zu können, um Leistungen bewilligt zu bekommen. Um überhaupt Arbeitsstunden bezahlen zu können. Sowohl Soteria als auch Offener Dialog sind doch eher personalintensiv. Da braucht man nicht nur eine Person, die die Verschreibung ausstellt und noch jemanden der die Medikamente verabreicht. Man braucht eine ganze Gruppe von Menschen, die begleiten oder eben auch Gespräche führen.*

V.A.: Ja, das kommt einem erst mal so vor. Es ist erst mal eine andere Ressourcenlogik. In diesem Modell beginnt man - platt gesagt - kräftig. Also die Antwort auf die erste Krise ist ein Versuch, hochgradig passend zu sein und alles zu tun, damit die Krise in der Normalität des Lebens aufgelöst werden kann. Und da können relativ viele Leute an Bord gehen. Wenn man das im Lebensraum nicht hinkriegt, dann würde man in diesem Idealmodell auf eine Soteria zurückgreifen. Es sind manchmal therapeutische Milieus notwendig, die die Ruhe und den Raum haben, um zu begleiten, um sich selbst in diesem etwas künstlichen Kontext zu finden. Das ist schon eine Situation in der man relativ das Personal an den Anfang stellt. Was man aus den Zahlen verlässlich ableiten kann: dass der Ressourcenverbrauch am Anfang - rein auf dieser Ebene geguckt, das klingt ein bisschen blöd - dass der sich absolut rechnet. Also wenn man da passgenau und intensiv ist, dann kommt man deutlich besser aus der Krise raus, deutlich mehr in Autonomie. Und am Ende, wenn das einem Modell gelingt, dann ist viel Personal am Anfang letztlich gar nicht soviel. Denn es ist insgesamt nicht viel Personal. Es kommt einem nur so vor. Das kann man sehr klar aus der Anzahl an Personal pro Bevölkerungsgröße errechnen. Also für eine Bevölkerung von 56.000 Einwohnern haben die in Tornio 100 Mitarbeiter in der gesamten Psychiatrie. Das ist Pipifax. Also einschließlich SGB 12, einschließlich Tagesstätten, einschließlich allem. Das ist also sogar da schon weniger. Und wenn es einem Versorgungssystem gelingt 75 % aller Menschen mit Psychosen auf den ersten Arbeitsmarkt zu bringen, dann liegt darin sozusagen die Effektivität. Da rechnet sich das System gesellschaftlich dadurch, dass die Menschen auf die eignen Beine kommen und für ihr Leben selber sorgen können. Deshalb: Es darf ruhig teurer sein am Anfang, weil es billiger wird am Ende.

M.O.B.: *Das hat aber verschiedene Konsequenzen. Wir haben momentan einen riesigen Wirtschaftszweig Sozialpsychiatrie. Das heißt: wenn man die Leute erfolgreich behandelt, müsste man davon ausgehen, dass dort durchaus Leute arbeitslos werden.*

V.A.: Das glaube ich eigentlich nicht. Ich glaube nicht, dass wir mit einer neuen Praxis jetzt die Arbeitsplätze von Mitarbeitern bedrohen. Na gut - vielleicht mache ich mir was vor. Ich sehe das nirgendwo, denn im sozialen Raum der Professionen ist jede Menge Bedarf. Ich sehe es an einer anderen Ecke. Ich kann persönlich sagen: Als ich 1982 in die Psychiatrie ging, war klar, die Psychiatrie ist ein Kostenfaktor, und man kann sich gesellschaftlich einbilden, wenn es weniger kostet und besser wird, dann freuen sich alle. Und es war eine ziemliche Ernüchterung, dass ich im Laufe der letzten fünfzehn Jahre erst langsam gemerkt habe: Das hat sich längst gedreht. Krankheit ist zur Ware geworden. Kliniken rechnen sich. Das wusste ich zwar vorher schon, aber die rechnen sich so kräftig, dass man sie echt am Netz halten will. Und auch Chronifizierungen sind ein Geschäft. Auch im SGB-12-Bereich. Und dass sich letztlich die Handlungslogik perfide umgedreht hat und letztlich keiner daran interessiert ist, Menschen in Autonomie zu bringen, weil das System damit Geld macht. Das war am Anfang, als ich in die Psychiatrie kam, noch nicht so. Das hat was mit der Ökonomisierung des Gesundheitssektors zu tun. Das war für uns als Arbeitende im Bereich von Erkrankungen und Gesundheit wahrscheinlich die dümmste gesellschaftliche Wende, die man eingeleitet hat. Daran sind auch die Sozialdemokraten, und auch die Grünen mit beteiligt gewesen. Da war ein ungeheure Naivität in dem Wort Kundenorientierung. Man hat vielleicht mal geglaubt, man würde damit eine Art von partizipativer Idee einbringen, doch das war reine Kapital-Logik. In der steckt der größte Pessimismus, den ich hab. Das wir diese Logik nicht gedreht kriegen. (41:00)

M.O.B.: *Aber das ist ja eine gesellschaftliche Logik. Die verfolgt uns ja an allen Ecken.*

V.A.: Der Kapitalismus in seiner liberalisierenden Form ist ja auch ernüchternd in die Sackgasse geraten. Dass man den nun nicht so schnell gedreht kriegt, da bin ich mir sehr sicher. Vielleicht entstehen neue ökonomische Modelle, aber in Sicht sind die ja noch gar nicht. Ich hätte mir wenigstens gewünscht, dass man das, was eine Gesellschaft braucht, um ihre Menschen gesund zu erhalten, dass man dem die Eigenlogik belässt und nicht dem Generieren von Gewinnen unterwirft. Ich hätte mir diesen Bereich wenigstens als eine gewisse exklusive gesellschaftliche Aufgabe erhalten. Aber das war auch gar nicht möglich. Und auch wenn das System selbst jetzt in einer Krise ist, wäre ich absolut zu optimistisch, wenn ich glauben würde, dass wir darauf warten könnten, dass sich das Ganze dreht. Da bin ich sehr gespannt. Aber ich sehe da eher hochgradige Dilemmata.

M.O.B.: *40 Jahre nach der damaligen Enquete hat die DGSP jetzt endlich mal Absetzvorschläge für Neuroleptika raus gebracht. Auch da bewegt sich was. Können wir nicht die Hoffnung, haben dass sich auch im Bereich der Psychiatrie vielleicht schrittweise etwas verbessert?*

V.A.: Ja, da bin ich wieder Optimist. Ich finde das absolut. Wir haben im Augenblick die größten Chancen, seitdem ich in der Psychiatrie arbeite. Ich freue mich daran, was ich das jetzt am Ende meiner beruflichen Zeit noch miterleben kann. Und ich finde schon, wir haben große Chancen. Ich glaube wir müssen auch die Psychiatrie an Ihren Schwierigkeiten offensiv stellen. Wir müssen aufklären darüber, wie schlecht die Psychiatrie ist. Sie wird schöngeredet, und da habe ich mir zu Aufgabe gemacht, auf möglichst viele Schwierigkeiten mit möglichst viel Aufklärung und Gegendarstellung zu antworten. Und deswegen, mit der Kritik der bestehenden Psychiatrie sehe ich eine Menge Potential für eine neue Paradigmen kommen.

Wir haben schon relativ viel, wir können die gut weiterentwickeln, da ist viel Luft nach oben, da bin ich optimistisch, ich bin mit dem ökonomischen Teil pessimistisch. Mit der Not. Mit der Suche nach einem neuen Paradigma da bin ich wiederum optimistisch. Wie die beiden sich beißen oder ergänzen wie das eine das andere kaputt macht oder aushebelt, das kann ich überhaupt nicht sagen, das weiß ich nicht. Aber ich weiß, ich kämpfe auf der Seite des neuen Paradigmas.

M.O.B.: *Auf der andern Seite sehe ich: Obwohl es den Leuten nicht wirklich schlechter geht, werden immer mehr Leute diagnostiziert. Der Verbrauch von Psychopharmaka ist in den letzten Jahrzehnten massiv angestiegen. Das ist vielleicht schon 10 mal soviel wie in den 80er Jahren. Vielleicht sogar noch mehr. Ich weiß es nicht genau die Zahlen. Da sieht man schon, dass das Geschäft eine ganz große Rolle spielt. Auch die Pharmaindustrie propagiert ja die Erkrankung*

oder Krankheiten. „Lasst Euch auf Diabetes untersuchen“ das dient dem Verkauf von Medikamenten genau so wie „Lasst euch auf Depression untersuchen“.

V.A.: Ja die Versorgungsrealität ist ein Flickenteppich, die ist ernüchternd schlecht. Und da sehe ich auch in vielen Regionen noch keinen Dreh. Ich sehe die Suche nach dem neuen Paradigma eher im Bereich der Entwicklung. Also da, wo Projekte entstehen, wo Psychiatrie neu gedacht wird. Da entsteht Raum für Neues, was noch nie so offen war. Immer noch nicht unheimlich offen, denn was den Alltag der Psychiatrie angeht, das weiß man ja auch, das schleppt sich immer lange hinterher. Bis das, was wir vielleicht jetzt neu denken, im Alltag in möglichst vielen Regionen angekommen ist, da vergehen in der Regel locker 10 Jahre. Das ist die Tragik. Man könnte hoffen, dass das über die modernen Informationsmedien und die ganze logistische Innovation vielleicht ein bisschen schneller geht. Aber dieses Missverhältnis ist absolut da. Und dass die Pillen im Augenblick immer noch das Schlachtschiff der Psychiatrie sind, der Rezeptblock. Und dass die Psychotherapie immer noch nicht in der Psychiatrie angekommen ist, dass die sich mit leichten Störungen auseinandersetzen. Dass sich jeder Psychotherapeut die Patienten aussucht, die gerade auf der Warteliste sind, das sind einfach ernüchternde Tatbestände, die haben wir mit diesen Neuen Ideen noch lange nicht verändert. Da braucht es jede Menge Druck. Kritik, Druck, Aufklärung....

M.O.B.: *Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat kürzlich eine Tagung gemacht da ging es um „Zukunft der Gemeindepsychiatrie“. Vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener kam dann der Zukunfts-Entwurf „Gemeinde ohne Psychiatrie“. Wäre es denkbar, Psychiatrie zu überwinden?*

V.A.: Na ja, das ist am Ende wahrscheinlich eine Sache auch des Namens. Ich hab mich damit noch nicht richtig beschäftigt und muss mich gerade ein bisschen rein denken. Es gibt ja auch die Postpsychiatrie. Die Idee, wie kommt man dahinter. Ich glaube ja schon, dass man die Psychiatrie nicht überwindet, indem man drüber springt. Die Leute sind da, die Kliniken sind da, die Teams sind da, die Mitarbeiter sind da. Man muss schon - in meiner Art die Dinge zu sehen und zu verändern - man muss in die Psychiatrie, und die Psychiatrie nehmen wie sie ist, und dann verändern. Dass man über sie drüber springen kann, und jenseits der Psychiatrie etwas ganz Neues entsteht, das ganz anders wäre und ganz anders heißt, wäre vielleicht eine interessante Idee. Aber ich halte das für so unrealistisch, dass ich mich auf den Kern der Arbeit mache und von Region zu Region fahre, von Team zu Team, und versuche Samenkörner zu setzen, Menschen in etwas Neues zu bringen. Die Psychiatrie schon als Psychiatrie zu nehmen und zu verändern. Dass dabei vielleicht etwas über sie hinaus weitergeht, das würde mich wahrscheinlich freuen - ich weiß ja nicht, was es dann ist - und dass es vielleicht gut wäre... Ja wenn man ein die Vision hätte, das müsste mit möglichst wenig Diskriminierung, mit möglichst wenig Selbstentfremdung, mit möglichst hoher Normalität, mit allen möglichen Ressourcen des normalen Lebens verbunden sein. Dass es darin vielleicht Gesundheitsarbeiter gäbe, die sich zur Verfügung stellen um Menschen durch Krisen zu helfen, zu begleiten. Und dass die einen andern Namen hätten als Psychiatrie. Dass man wenig in Institutionen steckt. Dass man gut ausgebildete Leute hat, die ihr Handwerk verstehen und auf Beziehungsebene im Sozialraum antworten können. Dazu hätte ich schon die Phantasie und das würde ich auch nicht mehr Psychiatrie nennen. Aber das ist eine Vision. Aber ausgehen wird das von der Psychiatrie. Und deswegen denke ich noch nicht Postpsychiatrie.

M.O.B.: *Okay, letzte Frage: Was wären denn die Schritte, die man sich von der Psychiatrie oder in der Psychiatrie wünschen sollte, wünschen kann?*

V.A.: Erfahrungsexperten ins System holen. Nicht nur irgendwo in einem kleinen Zimmer für ein Beratungsgespräch oder ein Informationsgespräch, sondern in die Teams. In jedes Team. So viele, dass sie sich darin ausreichend wohlfühlen und gesehen werden. Außerdem ist es ein schöner Arbeitsmarkt. Das ist schon wieder Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Sie dabei gut bezahlen. Ernst nehmen. Das ändert viel. Das ändert Sprache, das ändert Denken. Als Klinik würde ich jede Möglichkeit nehmen, mich zu flexibilisieren. Wir haben ja vermutlich bald im neuen Entgeltgesetz die Möglichkeit für die Klinken raus zu gehen und auf eine multiprofessionelle Team-

Ebene zu kommen. Multiprofessionelle Teams im Lebensfeld. Das ist so die strukturell für mich wichtigste Komponente des Fortschritts, weil man damit viel machen kann. Also das wäre der zweite Schritt - Multiprofessionelle Teams mobil im Lebensfeld. Raus aus den Institutionen. Der Dritte Schritt wäre, denen die therapeutische Kompetenz zu geben, nicht nur mit einem Klienten zu arbeiten, sondern mit sozialen Netzwerken. Dem Lebensfeld. Sich in den Lebensorten der Menschen für sie angemessen zur Verfügung zu stellen. Ressourcen aufzutun. Nächster Schritt: Medikamente runter fahren. Das kann man jetzt schon, aber man kann es natürlich noch viel mehr, wenn man das andere auch kann. Das ist immer so ein hinterher laufen lassen oder mit nebenher laufen lassen. Gute Psychotherapie auch in die Psychiatrie holen. Es gibt für jede Psychische Störung ein wirksames psychotherapeutisches Verfahren. Diese Beliebigkeit psychotherapeutischer Versorgung aufzugeben und Psychotherapeuten genau so wie andere Berufe zu verpflichten etwas sicherzustellen, was Menschen mit psychischen Erkrankungen betrifft. Also das sind 1,5 Millionen Menschen im Durchschnitt der Bevölkerung. Das sie ein Anrecht haben auf Psychotherapie. Das gehört auch noch rein. Ja, ich glaub das wären für mich die Schritte erstmal, mehr fällt mir im Augenblick nicht ein.

M.O.B.: *Mir fällt noch die Selbsthilfe ein. Mir fällt noch ein: überhaupt eine andere Form von Aufklärung und Öffentlichkeit. Auch das Vertrauen, so eine Psychose die geht auch wieder vorbei. Nicht das es eine schreckliche Krankheit ist, die wir sofort behandeln müssen. Mir fällt auch ein: Unterstützung der Familien und des Umfeldes, der Angehörigen. Mich gruselt es auch immer wieder wenn ich von aufsuchenden multiprofessionellen Teams höre, dann denke ich immer an Medikamententaxis. Diese „Stations-adäquate Behandlung“ ist auch eine Gruselvorstellung.*

V.A.: Ja, das kann ich absolut verstehen. Finde ich auch, das ist ein Risiko. Das was Du beschrieben hast, wirklich mit Angehörigen, Betroffenen, sozialen Netzwerken zusammenzuarbeiten, das ist ja der Offene Dialog. Dies oder so was ähnliches ist für mich absolut notwendig, damit daraus nicht Akut-Teams mit Depotspritzen werden. Ich sehe das Risiko eines biologischen Paradigmas auf Schmalspur, als Akutintervention mit Übergriffscharakter (M.O. : Hometreatment) V.A.: Hometreatment: Bumm! Das ist eine wirkliche Gefahr, dadurch das die Tür an der falschen Stelle aufgeht oder mit einem falschen Paradigma. Muss man sehr drauf achten. Das ist kein Prozess ohne Risiko, garantiert nicht.

M.O.B.: *Mit Blick auf die Uhr: Was wäre noch eine guter Abschluss? Was fehlt noch?*

V.A.: Geduld. Nicht aufgeben. Sich zusammentun. Betroffene mit einbeziehen. Professionen miteinander in Kontakt bringen. Die eigene Enge immer wieder aufzumachen. Und das System da wo es Mist baut, auch unter Druck zu setzen und dies öffentlich zu machen. Fixierung, Unterbringung, schlechte Stationen. Eine Art von verkommener Psychiatrie auch zu skandalisieren, finde ich wichtig. Nichts schön zu reden. Und jeder findet garantiert an seiner Stelle irgend etwas, wo er seinen Beitrag leisten kann, um in eine Richtung zu kommen, die eine menschengerechte Psychiatrie entstehen lässt. Insofern kann jeder bei sich selber anfangen.

M.O.B.: *Das selbe könnte man auch über unsere Gesellschaft sagen.*

V.A.: Ja klar. Wir sind ja ein Teil davon. Wir sind ja nicht anders. Aber wir sind eben dieser Teil. Und deswegen: Am Besten fängt man nicht zu groß an. Sondern so, dass man dranbleiben kann.

M.O.B.: *Soweit Prof. Dr. Volkmar Aderhold, den ich am Rande einer Fortbildung in Koblenz sprechen durfte. Und soweit auch mit der Sendung Vielfalter Magazin gegen Monokultur.*

In dem Gespräch haben wir auf Peter Gøtzsche hingewiesen, Peter Gøtzsche hat die Bücher geschrieben „Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität“ sowie das Buch „Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen“ Dieses Buch ist im Mai im Riva-Verlag erschienen, kostet 25 Euro und gibt einiges an Einblicken in den Psychopharmaka-Markt und die üblen Machenschaften, die dort laufen und auch auf die üblen Wirkungen, die das Zeug zum Teil haben kann.

Wie gesagt, Prof. Gøtzsche ist der Meinung, dass man auf 80 % der Psychopharmaka durchaus verzichten könnte.

Das war´s auch mit 'VielFalter - Magazin gegen Monokultur'. Wer diese Sendung mit-gestalten mag, kann sich wenden an [vielfalter\(at\)rdl.de](mailto:vielfalter(at)rdl.de) oder eine Nachricht hinterlassen unter 0761 3848380 oder per Post - auch eigene Beiträge vielleicht schicken - an

'VielFalter' im Gruppenradio
c/o Radio Dreieckland
Adlerstraße 12
79098 Freiburg

Ich danke für´s Zuhören und freue mich auf Rückmeldungen, Anregungen und Unterstützung.

<https://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/1/9.full>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669589/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039199/>
https://www.researchgate.net/publication/47743033_The_environment_and_schizophrenia
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188923/>
[http://www.eu-gei.eu/files/2796/schizophrenia+research+102+\(2008\).pdf](http://www.eu-gei.eu/files/2796/schizophrenia+research+102+(2008).pdf)
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.07101573>
<http://www.nature.com/nrn/journal/v8/n5/full/nrn2132.html>
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2005-870996.pdf>

<https://www.m-vg.de/riva/shop/article/6427-toedliche-psychopharmaka-und-organisiertes-leugnen/>

Die **Sendung vom 28. Juli 2016** kann über <http://vielfalter.podspot.de/files/julisendung016.mp3> heruntergeladen oder angehört werden (54 MB | MP3).

Vielen Dank an Sandra für ihre Arbeit an der Verschriftlichung
sowie an alle Unterstützer*innen, die die Arbeit an diesen Sendungen fördern!

<http://vielfalter.podspot.de>

Unterstützung möglich via
<https://www.paypal.me/VielFalter>

Mirko Ološtiak-Brahms
Postfach 08 52
79008 Freiburg