Peter Lehmann

Ohne Psychiatrie durch die Krise

Artikel zum gleichnamigen Vortrag bei der Tagung „Werden die Falschen eingesperrt? Psychiatrie als politische Ordnungsmacht“, veranstaltet vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V., Rheinhessen Fachklinik, Alzey, 8. September 2011

Was kann ich tun, wenn ich verrückt werde? Wo finde ich vertrauenswürdige Hilfe für einen Angehörigen oder eine Freundin in Not? Welche funktionierenden Alternativen zur Psychiatrie gibt es? Das sind einige der Fragen, mit denen ich seit über drei Jahrzehnten konfrontiert bin.

Über die Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka, die Psychiater bei psychischen Krisen stereotyp verordnen, lässt man die Betroffenen im Unklaren, auch über deren oft suizidale Wirkung, ebenso über die Abhängigkeit, die alle diese Substanzen produzieren können. Um die „Alternativlosigkeit“ psychopharmakologischer Behandlung schwerer psychischer Krisen aufrechtzuerhalten, ignoriert man institutionelle Alternativen. Dabei würden Ansätze wie Soteria, Diabasis, Krisenherberge oder der Offene Dialog Gewalt und Psychopharmakaverschreibungen reduzieren und vermeiden. Krisen könnten nachhaltig bewältigt werden. Notwendig sind selbstverständlich auch Selbsthilfe sowie strukturelle Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Rechtssituation Psychiatriebetroffener, beispielsweise durch Vorausverfügungen oder die Umsetzung der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung, die Einbeziehung von Betroffenen in Forschung und Lehre u.v.m.

1. Krisenbewältigung ohne Psychiatrie – Individuelle Strategien

Die individuellen Wege, Verrücktheitszustände aller Art zu bewältigen, ohne im Behandlungszimmer des Psychiaters zu landen, sind ausgesprochen vielfältig: durch Rückzug in die Stille und an sichere Orte, durch beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, durch Zugehen auf hilfsbereite Menschen oder expressive künstlerische Tätigkeit, durch Reflexion in Selbsthilfe, Therapie oder Schreiben, durch Auseinandersetzung mit Diagnosen, durch psychiatriepolitisches Engagement oder selbstkritische Betrachtung; durch bewusste und balancierte Lebensführung, angepasste Ernährung und ausreichend Schlaf, durch das Verlassen gefährlicher Orte und mithilfe von Vorausverfügungen, durch die Hilfe anderer in Form von Zuwendung, sozialer Unterstützung, Begleitung, Dabeibleiben, Nachfragen, In-Ruhe-Lassen, Vermeiden von Aufdringlichkeit. Patentrezepte gibt es nicht (Lehmann 2007). Die wichtigste Komponente ist Empathie; Zoran Solomun bringt dies in dem Buch „Statt Psychiatrie 2“ auf den Punkt:

> „Wir hören zu, sprechen, hören wieder zu. Wir sagen unsere Wahrheit, von der wir wissen, dass es sie gibt, und wir hören sie. Und so öffnen wir den Zugang zur eigenen Tiefe und begegnen der Wärme des anderen. Das ist die gewöhnlichste Sache, die ich vom Leben erwarte.“ (2007, S. 66)

2. Krisenbewältigung ohne Psychiatrie – Organisierte Selbsthilfe

Wie sich Krisen in nichtpsychiatrischer Selbsthilfe überwinden lassen, zeigte die Sozialpädagogin Tina Stöckle (1948-1992) in ihrer Diplomarbeit 1982 auf, die später unter dem Titel „Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden“ publiziert wurde. Sie ließ Mitglieder der Irren-Offensive Berlin – damals noch eine undogmatische Gruppe – ausführlich zu Wort zu kommen und entwickelte aus der Perspektive ihrer eigenen Betroffenheit als

Ergebnis der Interviews notwendige Voraussetzungen für wirksame Selbsthilfetätigkeit: Zusammenschluss; Kampf gegen psychiatrische Menschenrechtsverletzungen; kollektive Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen; Selbstorganisation und Selbsthilfe; Befreiung vom psychiatrischen Einfluss; Suche nach dem Sinn des Wahnsinns; Autonomie und persönliche Entfaltung; kritische Auseinandersetzung mit „Experten"; Abbau der Machtverhältnisse innerhalb der Gruppe und Widerstand gegen Fremdkontrolle (Stöckle 2005 [1983]).

3. Alternative Modelle institutionalisierter Unterstützung

Funktionierende Alternativen zur Psychiatrie sind dargestellt in dem Buch „Statt Psychiatrie 2", das ich 2007 gemeinsam mit Peter Stastny herausgegeben habe. Dieser ist Gründungsmitglied des Internationalen Netzwerk für Alternativen und Recovery (www.intar.org). Dort haben sich die weltweit bedeutsamsten Alternativprojekte zusammengeschlossen. Daneben wäre noch Diabasis zu nennen, das Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis in San Francisco.

a) Soteria

Was bedeutet Soteria? Der Name Soteria kommt aus dem Griechischen und ist benannt nach der Göttin der Rettung. Soteria war ursprünglich ein US-amerikanisches Projekt im kalifornischen San José, gegründet 1971 von dem Psychiater Loren Mosher, einem Schüler von Ronald D. Laing. Hier setzten Professionelle Nichtprofessionelle, sogenannte Laien, für die Unterstützung sogenannter Schizophrener ein. 1974 bis 1980 wurde das Projekt unter dem Namen „Emanon" (was rückwärts zu lesen ist: „no name", zu deutsch „namenlos") wiederholt, eingestellt schließlich 1983.

Das Soteria-Projekt, so der Bericht in „Statt Psychiatrie 2" (Aderhold et al. 2007), aus dem die folgenden Informationen und Zitate entnommen sind, wurde unter anderem deshalb eingerichtet, weil man gemerkt hatte, dass selbst gut ausgestattete Anstalten mit fortschrittlichem Anspruch aufgrund ihres institutionellen Charakters meist eine positive Beziehung zwischen den Betroffenen und ihren Behandlern verhindern. Hindernisse wurden im medizinischen Krankheitsmodell gesehen, in der Größe und Struktur der Institution und der neuroleptischen Behandlung. In einem Forschungsprojekt sollte die Wirkung und die Erfolge von Soteria wissenschaftlich überprüft werden. Hierzu stellten die Forscher zwei Gruppen zusammen. Die Betroffenen, die im Soteria-Haus lebten, bildeten die Experimentalgruppe. Die Betroffenen, die in einer Psychiatrischen Anstalt einer normalen Behandlung unterzogen wurden, galten als Kontrollgruppe. Die Wahl von Nichtprofessionellen als Betreuer begründeten die Initiatoren damit, dass sie noch nicht von psychiatrischer Ideologie verdorben sind und deshalb tendenziell freier, spontaner und authentischer auf das reagieren, was manche eine „psychotische Reaktion" nennen. Eingestellt wurden schließlich Bewerber, welche die größte Fähigkeit besaßen, verrücktes Erleben und Handeln zu verstehen. Und die in der Lage waren, eine konstante, beruhigende Anwesenheit herzustellen, ohne zudringlich, fordernd oder störend zu sein.

Im Unterschied zum medizinischen Krankheitsmodell wurden als „psychotisch" bezeichnete Erfahrungen und Verhaltensweisen als verstehbar angesehen, nämlich als Extreme grundlegender menschlicher Eigenschaften und als potenzieller Ausdruck einer eventuell vorhandenen Lebenskrise. Die Funktion und Aufgabe der Betreuer lag nicht darin, die Betroffenen zu behandeln oder zu heilen, sondern darin, für diese *da zu sein*.

Psychopharmaka, speziell Neuroleptika, wurden wegen ihrer Auswirkungen 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.“ (zitiert nach: ebd., S. 151)

Beim Vergleich der Soteria-Bewohner mit denen der Kontrollgruppe, die allesamt Neuroleptika erhalten hatten, zeigte sich hinsichtlich der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld eine Überlegenheit der Gruppe, die im Soteria-Haus gelebt hatte: Der Gebrauch von Psychopharmaka war bei ihr auch noch nach zwei Jahren sehr gering. Das Ausmaß an persönlicher Entwicklung war größer. Persönliche Entwicklung war dadurch definiert, dass Betroffene folgende Bedingungen erfüllten, wozu sie vorher tendenziell nicht in der Lage waren:

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

Die Kosten pro Person waren bei beiden Gruppen fast gleich hoch. Dafür lag die Anzahl der Wiedereinweisungen in eine psychiatrische Anstalt bei der Soteria-Gruppe etwas niedriger.

b) Diabasis

Diabasis (nicht in „Statt Psychiatrie 2“ enthalten) war ein Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis in San Francisco. Der von Carl G. Jung beeinflusste Psychiater John Perry (1914-1988) hatte ebenfalls in den 70er Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen gegründet. Das Wort „Diabasis“ stammt ebenfalls aus dem Griechischen, bedeutet „Übergang“ und bezieht sich wohl auf die Chance der Persönlichkeitsentwicklung, die Verrücktheitszustände und andere Krisen in sich bergen. Über sein Projekt berichtete Perry 1977 in Rom beim 7. Kongress der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie:

> „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 1-5 Tagen zurück. Die längste ›Rückkehr‹ dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptomfreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.“ (1980, S. 194)

Ich traf Perry beim Weltkongress für Sozialpsychiatrie 1994 in Hamburg, wo ich einen Bücherstand hatte. Er kam empört auf mich zu und beschwerte sich, niemand würde sich für seine Erfahrungen interessieren. Ich konnte ihn beruhigen. Die Berliner Psychologin Uta Wehde hatte sich 1991 in ihrem Buch über die holländischen Weglaufhäuser auch mit Soteria und Diabasis beschäftigt (S. 41-

50). Diese Ansätze flossen dann ebenfalls in die Konzeption des Weglaufhauses in Berlin ein. Kerstin Kempker, die es mit aufgebaut hatte, schrieb 1998:

> „Ohne die niederländischen Weglaufhäuser und Uta Wehdes intensive Beschäftigung mit deren Konzept und Praxis gäbe es das Berliner Weglaufhaus nicht. Ohne die Antipsychiatrie Anfang der 70er Jahre, Laings Kingsley Hall und dessen Kinder Soteria, Emanon und Diabasis fehlte uns und anderen der Nachweis, dass die Nichtanwendung psychiatrischer Praktiken und statt dessen das Leben in einer wachen, gleichberechtigten und wärmenden Gemeinschaft am hilfreichsten ist.“ (S. 66)

c) Krisenherberge

Die Krisenherberge war eine betroffenendefinierte Alternative zur stationären Psychiatrie. Darüber berichteten Jeanne Dumont, eine promovierte psychiatriebetroffene Forscherin, und die Ökonomin Kristine Jones in „Statt Psychiatrie 2“. Hauptziel der Krisenherberge, so die beiden Frauen, war es, einen Ort im Tompkins County im Bundesstaat New York bereitzustellen, wohin Menschen sich zurückziehen konnten, die einen Psychiatrieaufenthalt für nötig hielten und/oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Von 1994 bis 1996 arbeiteten hier Menschen mit einschlägigen Erfahrungen. Die Planung, an der Psychiatriebetroffene wirksam beteiligt waren, hatte mehrere Jahre gedauert. Finanziert wurde das Projekt von einem gemeinnützigen psychosozialen Verein im Tompkins County.

Das Programm der Krisenherberge bestand aus zwei Komponenten. Zum einen dem Angebot von vorsorglicher Krisenplanung und Training zur Krisenbewältigung, verbunden mit Unterstützung in einer Beratungsstelle. Zum anderen einer Unterkunft für Leute, die auf Grundlage eigener Einschätzung diese benötigten, weil sie sich in Gefahr wähnten, psychiatrisch untergebracht zu werden.

Die Krisenherberge unterschied sich von konventionellen Krisendiensten durch die Einbeziehung von Betroffenen, das nichtmedizinische Modell, das Ausschließen von Gewalttätigkeit als Behandlungsmittel, die eigene Definition von Bedürfnissen und die gegenseitige Unterstützung als Basis.

Bei der Auswertung der Resultate lagen die Daten von 265 Leuten zugrunde, über deren Aufnahme in die Krisenherberge per Zufallsauswahl entschieden worden war. Alle Teilnehmer an der Studie hatten Diagnosen nach dem psychiatrischen Diagnosenfibel „DSM-III R“. Sie hatten beträchtliche Psychiatrieaufenthalte hinter sich, die Mehrheit war vier Mal oder häufiger eingewiesen worden.

Die Personen der Testgruppe hatten Zugang zu allen Angeboten der Krisenherberge. Dies betraf Krisenunterstützung, längerfristige Workshops, Beratung durch andere Betroffene, Rechtsberatung, Zugang zu einem Raum zum Toben oder Entspannen und zur Übernachtung. Die Kontrollgruppe konnte keine Angebote der Krisenherberge in Anspruch nehmen. Ansonsten wiesen die Mitglieder der beiden Gruppen keine grundsätzlichen Unterschiede auf.

Die Auswertung der Berichte der Testgruppe überrascht wenig. Die Krisenherberge leistete zeitnahere und hilfreichere Krisenhilfe – mit sachkundigerem Personal, das die Rechte der Betroffenen mehr respektierte als die üblichen Krisendienste. Die Testgruppe erlebte eine stärkere Unterstützung bei der Gesundung und Selbsthilfe als die Kontrollgruppe. Insgesamt war in der Testgruppe die Zufriedenheit mit den Angeboten höher.

Klienten der Krisenherberge zeigten größere Fortschritte bei der Gesundung, Selbstermächtigung und Zufriedenheit. Sofern es überhaupt zu Ausfällen im Arbeitsleben kam, waren diese geringer. Anstaltsaufenthalte waren im Schnitt seltener und kürzer. Kosten für Krisendienste und die Ge-

samtkosten für psychiatrische Dienste waren für die Testgruppe niedriger als für die Kontrollgruppe.

Wenn man sowohl die Krisendienste wie auch die psychiatrischen Gemeindedienste und die Programme für betreutes Wohnen zusammenrechnet, hatte die Testgruppe weit niedrigere Behandlungskosten. Die durchschnittlichen Kosten für diese erweiterten Arten von Dienstleistungen lagen bei $ 9088, die der Kontrollgruppe bei $ 13919. Dies bedeutet eine Kostenersparnis von durchschnittlich $ 4831 pro Person in nur einem Jahr.

d) Offener Dialog

Der Psychiater Yrjö Alanen entwickelte in Südfinnland die sogenannte Bedürfnisangepasste Behandlung, die dem „Offenen Dialog“ zugrunde liegt. Über diesen berichten Jaakko Seikkula und Birgitta Alakare, Psychologe und Psychiaterin, in „Statt Psychiatrie 2“. Sie nennen notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention:

- 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).

Im Gegensatz zum Offenen Dialog, so weiter Seikkula und Alakare, konzentrieren sich krankheitsorientierte Ansätze in der frühen Behandlungsphase auf die Linderung der Symptome durch Psychopharmaka. Für Psychosepatienten sind das für gewöhnlich Neuroleptika. Diese könnten zwar helfen, würden aber gleichzeitig das Risiko bergen, die Selbstheilungskräfte und psychologischen Ressourcen zu schwächen. Neuroleptika stellen ruhig und dämpfen die Psyche, dadurch können sie die psychologische Arbeit behindern. Die Herausforderung sei es, einen Prozess zu schaffen, der die Sicherheit verstärkt und zu persönlicher Arbeit ermutigt. Es sei hilfreich, die regelmäßige Verabreichung von Neuroleptika in mindestens zwei bis drei Treffen vor Beginn zu besprechen.

In einem Vergleich des Behandlungsprozesses bei Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen dem Offenen Dialog und der üblichen Behandlung wurden in einer zweijährigen Verlaufsstudie wesentliche Unterschiede festgestellt:

- 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.

Beim Vergleich der Resultate scheinen sich Patienten der Gruppe des Offenen Dialogs mit der Diagnose Schizophrenie besser von ihren Krisen zu erholen. Folgende Unterschiede stellte man fest:

- 71 % der Patienten in der Vergleichsgruppe hatten gegenüber nur 24 % in der Gruppe des Offenen Dialogs mindestens einen Rückfall.

- Patienten in der Vergleichsgruppe hatten im Vergleich mit der Gruppe des Offenen Dialogs wesentlich mehr bleibende psychotische Symptome. Circa 50 % der Vergleichgruppe 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.

4. Strukturelle Herangehensweisen zur Durchsetzung einer humanen Behandlung

Um Alternativen zur Psychiatrie und humane Bedingungen in den derzeitigen Angeboten durchzusetzen, sind strukturelle Maßnahmen vonnöten. Hier sollen einige stichpunktartig genannt sein: Beschwerdeeinrichtungen und Ombudsmänner und -frauen, Schadenersatzklagen, juristisch wirksame Vorausverfügungen, internationale Kooperationen (die wesentlichen Einfluss auf die UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung nahmen), betroffenenkontrollierter Forschung und weltweiter Erfahrungsaustausch von Selbsthilfeorganisationen und Alternativprojekten.

Vorausverfügungen sind Rechtsmittel, die zum Schutz des Rechts einsichts- und urteilsfähiger Personen, medizinische Versorgung zu wählen oder abzulehnen, entwickelt wurden. Potenzielle Patienten können spezifische Entscheidungen dokumentieren oder Vertreter benennen, die solche für sie treffen können. Durch derartige Vorausverfügungen können sie Kontrolle über ihre psychiatrische Behandlung auch dann behalten, wenn sie später als nicht einsichts- und urteilsfähig eingestuft werden (Ziegler 2007). Daneben hat die gedankliche Vorwegnahme einer möglichen nichtpsychiatrischen Krisenhilfe wie auch die Beschäftigung mit möglichen Krisenauslösern eine die Selbsthilfetätigkeit eminent beflügelnde Wirkung (Krücke 2007).

Betroffenenkontrollierte Forschung spielt eine zunehmende Rolle bei der Bewertung von psychiatrischen Angeboten. Betroffene dienen in traditionellen Forschungen lediglich als Objekte. Auch aus Forschungsteams bleiben sie wie selbstverständlich ausgeschlossen. Eine echte Betroffenenbeteiligung an Forschungsprozessen würde demgegenüber so aussehen, dass Psychiatriebetroffene gleichrangig mitarbeiten (was in aller Regel eine vorbereitende Schulung in Forschungstätigkeit voraussetzt), bezahlt und an allen Forschungsphasen beteiligt sind. Dies würde von der Finanzierung über die Entwicklung der Konzeption bis hin zur Veröffentlichung der Forschungsergebnisse eine wesentliche Mitsprache mit sich bringen und zu Ergebnissen führen, die für Reformzwecke verwendbar sind. Die britische promovierte Psychiatriebetroffene Jan Wallcraft betonte den wesentlichen Unterschied zur herrschenden Forschung:

> „Durch psychiatriebetroffene Forscher geschaffenes Wissen basiert auf einem anderen Wertesystem als das von Experten. Wichtige Werte für betroffenenkontrollierte Forschung sind unter anderem die Orientierung an Veränderungen, auf persönlichen Erfahrungen basierende Kompetenz, das Bekämpfen von Stigma und Machtverhältnissen sowie das Streben nach Selbstmanagement und Recovery, um ein erfülltes Leben führen zu können.“ (2007, S. 366)

5. Mit Psychotherapie durch die Krise

Diejenigen, die unmittelbar eine psychische Krise durchleben und denen keine Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung stehen, können versuchen, in einer Psychotherapie eine helfende Beziehung zu finden. Voraussetzung dafür ist eine Psychotherapie, die sich einer persönlichkeitsverändernden Behandlung mit psychiatrischen Psychopharmaka zu enthält und eine entpathologisierende Sprache praktiziert sowie die Rehistorisierung und Rekonstruktion dessen, was Psychiatrie üblicherweise als

von der Lebensgeschichte abgekoppeltes, nicht verstehbares Symptom behandelt. Um Menschen bei der Überwindung von schweren Lebensproblemen und innerem Seelenschmerz beizustehen, braucht es Ernstnehmen, Eingehen auf die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge und Rückführung der Exkommunizierten in die Kommunikation (Lehmann & Wehde 2011).

6. Fazit

Bestandteile funktionierender Alternativen zur Psychiatrie oder Ansätze, die den Begriff „Reform" verdienen, sind das Verständnis psychischer Probleme als (vorwiegend) Ausdruck sozialer Beziehungsstörungen bzw. Versuche, diese zu bewältigen, Bewusstheit über die schädigenden Wirkung psychiatrischer Gewalt, Neuroleptika und Elektroschocks sowie die Beachtung der Menschenrechte. Notwendig ist auch die Aufgabe der Idee, menschliche Schwierigkeiten ließen sich auf die eine oder andere Art als technische Probleme zu verstehen: als Probleme, die man mit modellbasierten Techniken – medizinischen, kognitiven, psychoanalytischen – lösen könne. Letztlich setzt eine Veränderung zum Positiven die Erkenntnis voraus, so der irische Psychiater Pat Bracken,

> „... dass es die Betroffenen sind, die das größte Wissen und die meisten Informationen über Werte, Bedeutungen und Beziehungen besitzen. Im Sinne der Recovery-Bewegung sind sie die wahren Experten." (Bracken, 2007, S. 418)

Eine Veränderung setzt zudem die Verschiebung der Machtverhältnisse und Verfügungsgewalt über die finanziellen Ressourcen voraus. Wenn professionell Tätige wirklich an einer Veränderung interessiert sind, müssen sie sich ändern. Sie müssen bereit sein, Informationen über die Schädlichkeit psychiatrischer Psychopharmaka zu sammeln und weiterzugeben, auch über deren abhängig machende Potenziale. Sie müssen Informationen publik machen über die Möglichkeiten, Psychopharmaka abzusetzen. Sie müssen bereit sein, Macht abzugeben und zwecks Förderung von Selbsthilfe auf finanzielle Pfründe zu verzichten. Sie müssen bereit sein, sich von gewaltbereite Mitgliedern ihrer Standesorganisationen nachhaltig zu distanzieren. Und sie müssen Allmachtsphantasien über die Möglichkeit eigener therapeutischer Fähigkeiten reflektieren und ablegen.

Dies ist die eine Seite. Auf der anderen Seite braucht es Psychiatriebetroffene, die danach streben, die Macht über ihr eigenes Leben zurückzugewinnen. Sie sollten sich in der Selbsthilfe engagieren, am Aufbau von Alternativen mitwirken, sich auch international organisieren und angemessene Bündnispartner gegen den psychiatrisch-industriellen Komplex suchen. Wenn darunter auch kooperationsfähige psychiatrisch Tätige, Angehörige und Freunde Psychiatriebetroffener und sonstige Bürger sind, kann dies den Prozess des Wandels nur befruchten. Verbalradikales Gehabe und (primitives) Schwarz-Weiß-Denken oder Nachplappern psychiatrischer Ideologien sind allerdings eher geeignet, a) diejenigen, die sich im Selbsthilfebereich engagieren oder diesen unterstützen wollen, von vornherein vor den Kopf zu stoßen, bzw. b) diejenigen, die im Rahmen von Selbsthilfeorganisationen an der Durchsetzung von Menschenrechten und Alternativen arbeiten, in die innere Emigration zu treiben, und c) hierdurch die bestehenden Machtverhältnisse zu zementieren.

Die Abhängigkeit von der Pharmaindustrie nimmt ständig zu. Damit auch die Verordnungszahlen und die Kosten und Schäden für die Betroffenen, ebenso die sozialen und wirtschaftlichen Folgeschäden. Diese tragen in steigendem Ausmaß zur Verschärfung der wirtschaftlichen Probleme in der Gesellschaft bei. Eine Investition in Alternativen wäre im Interesse der großen Mehrheit der Menschen.

Quellen

- Aderhold, Volkmar / Stastny, Peter / Lehmann, Peter: „Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 150-165
- Bracken, Pat: „Jenseits von Modellen und Paradigmen. Eine radikale Interpretation von Recovery“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 418-420
- Dumont, Jeanne / Jones, Kristine: „Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 186-194
- Kempker, Kerstin: „Vergleichbare Projekte“, in: dies. (Hg.): „Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus“, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1998
- Krücke, Miriam: „Vorausverfügungen – ein Schritt zur Selbsthilfe“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 99-106
- Lehmann, Peter: „Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 42-75
- Lehmann, Peter / Wehde, Uta: „Psychotherapie und helfende Beziehung statt Psychiatrisierung – Alternative Wege bei schweren seelischen Krisen“, mit Beiträgen von Theodor Itten, Anna Emmanouelidou, Karin Roth, Martin Urban & Wilma Boevink, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 43. Jg. (2011), Nr. 2, S. 339-379
- Perry, John Weir: „Psychosis as visionary state“, in: Ian F. Baker (Hg.): „Methods of treatment in analytical psychology“, Fellbach: Bonz Verlag 1980
- Seikkula, Jaakko / Alakare, Birgitta: „Offene Dialoge“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 234-249
- Solomun, Zoran: „Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 65-66
- Stöckle, Tina: „Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Neuausgabe 2005 (erweiterter Nachdruck der Originalausgabe von 1983)
- Wallcraft, Jan: „Betroffenenkontrollierte Forschung zur Untermauerung alternativer Ansätze“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 358-368
- Wehde, Uta: „Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene“, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1991
- Ziegler, Laura: „Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – ‘Die Rechte eines Flohs’“, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 331-343

Über den Autor

Peter Lehmann, Dipl.-Sozialpädagoge. Autor, Verleger und Versandbuchhändler in Berlin. Bis 2010 Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. September 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde in Anerkennung des „außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener“ von der Psychologischen Abteilung der Aristoteles Universität Thessaloniki; Juli 2011 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes. Buchveröffentlichungen u. a.: „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ (Hg.), „Statt Psychiatrie 2“ (Hg. mit Peter Stastny). Kontakt und mehr siehe www.peter-lehmann.de

Copyright 2011 by Peter Lehmann