

sie in das Consensuspapier aufgenommen (World Health Organization / European Commission 1999) und dieses später von der Konferenz der Gesundheitsminister übernommen (wenn auch bisher folgenlos).

Wäre es – wie das Beispiel zeigt – angesichts solch klarer Machtverhältnisse nicht doch sinnvoller, die Energie in die Reform der Psychiatrie zu investieren als mühsam und unter schwierigsten Bedingungen Alternativen zur Psychiatrie zu entwickeln? Ist eine qualitative Reform jedoch möglich ohne Paradigmenwechsel? Diesen vorausgesetzt, wie könnte ein alternatives psychosoziales System aussehen?

Quelle

World Health Organization / European Commission: »Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization / European Commission meeting«, Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel: World Health Organization / European Commission 1999; online unter www.enusp.org/consensus

Marc Rufer

Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht

Neuromythologie – Psychoedukation

Die Psychiatriekritik ist seit längerer Zeit leiser geworden, ja nahezu verstummt. Es ist der Psychiatrie in den letzten Jahren gelungen, ihr Image, das in den 1970er und 1980er Jahren doch schwer beschädigt war, wesentlich zu verbessern. PsychiaterInnen kam dabei eine Entwicklung zu Hilfe, an der sie in keiner Weise beteiligt waren: der große Fortschritt der Neurobiologie. Die Neurobiologie boomt, Staat und Industrie investieren Milliarden. In den Medien werden die Befunde der Hirnforschung zu Riesenerfolgen aufgebauscht. Die Hirnforschung, *die* »Jahrhundertwissenschaft«, ist dabei, sich zur neuen Gesellschaftslehre aufzuschwingen. Eine neue Mythologie ist entstanden – die Neuromythologie (vgl. Rufer 2006). Der prominente Neurobiologe Anto-

nio Damasio ist überzeugt, dass wir bald wissen werden, »wie wir Glück, Trauer, Lust und Schmerz erfahren, und selbst die Mechanismen des Bewusstseins werden uns keine Rätsel mehr aufgeben.« (zitiert nach Kraft 2004, S.21) Wenn die Psychiaterin Brigitte Woggon erklärt:

»Alles, was wir fühlen, ist eben Chemie: seelenvoll in den Sonnenuntergang blicken, Liebe, Anziehung, was auch immer – alles sind biochemische Vorgänge, wir haben ein Labor im Kopf« (zitiert nach »Alles« 2000, S.54),

ist kaum jemand angesichts dieses reduktionistischen Menschenbilds entsetzt. Dem Zeitgeist entspricht die Auffassung, dass nur die Neurobiologie Grundfragen psychischer Leistungsfähigkeit, aber auch psychischer Störungen endgültig beantworten kann. Kaum jemand, der nicht davon gehört hat, dass die Balance der Neurotransmitter bestimmt, wie es uns geht, ob wir gesund sind oder »psychisch krank«. Dass es sich dabei um eine unbewiesene Hypothese handelt, wird nicht wahrgenommen. So ist das »Wissen«, dass psychische Probleme, ja sogar leichte Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit mit Psychopharmaka behandelt werden müssen, Allgemeingut geworden. Vergessen wird dabei, dass Menschen durch ihre Kultur geprägt sind – bis in die Wurzeln ihrer kognitiven Leistungen und ihrer Emotionalität. Selbstverständlich bestimmt die Kultur auch Auftreten, Form und Verlauf aller Störungen der Befindlichkeit.

Für die heutige Psychiatrie sind gesellschaftliche Ursachen psychischer Störungen nahezu bedeutungslos geworden. Die Lebenssituation und die Biographie der einzelnen Betroffenen interessieren PsychiaterInnen nur noch aus taktischen Erwägungen:

»Der soziale Hintergrund der Kranken wirkt sich auf die Kooperationswilligkeit und -fähigkeit aus, auf die Frage, ob sie die Medikamente regelmäßigeinnehmen.« (Finzen 1998, S.62)

Im Zentrum der Interaktion zwischen PsychiaterInnen und Betroffenen steht die Suche nach Symptomen, die die Diagnose und die Art der zu verwendenden Psychopharmaka bestimmen. Selbstverständlich kann so keine gleichwertige Beziehung zwischen Arzt und Patient entstehen. Vergessen wird dabei, dass nur das Wissen, das von der Vertrauensbeziehung zwischen zwei Menschen getragen wird, Bewusstheit – das Ziel jeder sinnvollen Psychothe-

rapie – zu schaffen vermag (Erdheim 1988, S. 128). Was heute zählt, ist die Verbesserung der Compliance, das heißt die Bereitschaft der angepassten und unterwürfigen PatientInnen, brav und regelmäßig die verordneten Psychopharmaka einzunehmen. Psychotherapie verkommt in diesem Setting zur Psychoedukation und verliert damit ihre mögliche befreiende bzw. heilende Wirkung.

»Unter dem Begriff Psychoedukation werden systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen verstanden, die dazu dienen, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren.«(Wienberg2001,S.189)

Psychoedukation zielt darauf ab, die Betroffenen wie ihre Bezugspersonen zu ExpertInnen der jeweiligen psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung zu machen (ebd.). Erreicht wird dabei, dass die biologischen Modelle und Hypothesen verinnerlicht werden. Das also meinen heutige klinische PsychiaterInnen, wenn sie von Psychotherapie sprechen: Wer zum Beispiel als schizophren diagnostiziert ist, soll viele Jahre Neuroleptika zu sich nehmen. Damit das alle machen und nicht, wie es von 50 Prozent der Betroffenen nach einem und von 75 Prozent nach zwei Jahren angegeben wird, noncompliant werden, das heißt eigenmächtig die Neuroleptika absetzen (vgl. Marder 1998,S.21),sollensieaneinemPsychoedukation sprogrammteilnehmen.

Mit dieser Erziehung der Betroffenen zu kompetenten Medikamentenschluckern geschieht in psychiatrischen Kliniken und Praxen das, was eigentlich vermieden werden müsste. Wissen doch alle, dass sogar »psychotische« Symptome unbehandelt verschwinden können. Dies gilt sowohl für »Manien« – da gehört es zur Definition des Krankheitsbildes – wie auch für »Schizophrenien«. Psychotherapeutisch ausgerichtete, psychopharmakafreie Behandlungskonzepte der »Schizophrenie« sind der Psychopharmakotherapie überlegen bzw. haben die bessere Prognose. Das konnte wiederholt gezeigt werden (Goldblatt 1995; Karon 1989; Mosher / Menn 1985; Perry 1980; siehe auch der Beitrag von Theodor Itten in diesem Buch). Dasselbe gilt für die »unipolare Depression« (Steinbrueck / Maxwell / Howard 1983). Im übrigen darf nicht vergessen werden, dass Zustände, die PsychiaterInnen als »psychotisch« bezeichnen, zu den Möglichkeiten normalen menschlichen Erlebens oder Reagierens gehören (vgl. Bock 1999, S. 29/346; Dittrich / Scharfetter

1987; Erdheim 1982, S. 418/431; Rufer 1998, S. 531f.; Kernberg 1978, S. 51f/76; Simoes 1996). Sie können als außergewöhnliche Bewusstseinszustände (ABZ) oder als (psychotische) Regressionen verstanden werden. ABZ – klinisch nicht zu unterscheiden von der »akuten paranoiden Schizophrenie« – sind bei jedem Menschen unter anderem durch Reizentzug (sensorische Deprivation), Fasten, Schlafentzug, Hyperventilation oder die Einnahme von Halluzinogenen auszulösen (vgl. Dittrich / Scharfetter 1987; Simoes 1996).

Traumatisierung in der Psychiatrie

Der erwähnte, von den Medien lautstark begleitete Vormarsch der Neurobiologie verunmöglicht nahezu jegliche Psychiatriekritik. Das Tabu, das den ungetrübten und unvoreingenommenen Blick auf die Psychiatrie ohnehin bereits verhinderte, steht nun noch unverrückbarer da – als wäre es in Stein gemeißelt. »Wo man nicht weiter zu fragen wagt oder nicht einmal auf den Gedanken kommt, hat man es mit einem Tabu zu tun.« (Mitscherlich / Mitscherlich 1977, S. 111) Das Tabu reguliert die Einstellung zu einem Sachverhalt wie eine Autorität, die keinen Widerspruch duldet. Das führt zu einer Denkhemmung, Erkenntnis wird verhindert. So werden denn auch kaum je die Schädigungen, die durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen ausgelöst werden, öffentlich benannt.

Die Zwangsbehandlung ist *das* große Problem der Psychiatrie. Und dennoch spricht der Sozialpsychiater Asmus Finzen, im Grunde ein besonnener Mann, von einem Recht der Betroffenen auf Hilfe wider ihren erklärten Willen:

»Es gibt Situationen, in denen psychisch Kranke ein Recht darauf haben, dass ihnen gegen ihren erklärten Willen geholfen wird.« (1993a)

»Wenn die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt sind – wenn eine schwere psychische Krankheit vorliegt, die die Urteilsfähigkeit des Betroffenen aufhebt oder schwer beeinträchtigt, dann gibt es u. E. nicht nur das Recht der Gesellschaft, eine solche Behandlung zu erzwingen. Dann meinen wir, dass die psychisch Kranken ein Recht darauf haben, dass sie diese Hilfe auch bekommen. Wenn wir sie ihnen vorenthal-

ten, und sei es auch im Namen der Freiheit, ist das nicht nur ein Angriff auf ihre Würde. Es ist schlichte Barbarei.« (ebd.)

An anderer Stelle beurteilt Finzen das Verhalten derjenigen, die nicht bereit sind zwangszubehandeln, noch härter:

»Und man wird sich damit konfrontieren müssen, dass es sehr viele Menschen geben wird, die dann von Verbrechen gegen die Menschlichkeit und von Barbarei sprechen werden – ich auch.« (Finzen 1991, S. 213)

Letztlich löst immer die Ablehnung der Betroffenen, die verordneten Psychopharmaka zu schlucken, die Zwangsbehandlung aus. Doch für diese Ablehnung gibt es gute Gründe: Die Psychopharmakatherapie ist umstritten, ihre therapeutischen, das heißt heilenden Wirkungen sind nicht ausgewiesen (vgl. Rufer 2001). Die schädigenden, bisweilen tödlichen Wirkungen der bei Zwangsbehandlungen praktisch ausschließlich verwendeten Neuroleptika dagegen sind allgemein anerkannt. Wer »krankheitseinsichtig« ist, schluckt die »Medikamente«, wer nicht »krankheitseinsichtig« ist, beweist damit Urteilsunfähigkeit und kann zwangsbehandelt werden. Finzens Aussage spiegelt präzise die Situation in psychiatrischen Kliniken: PsychiaterInnen, die – sei es im Namen der Freiheit, sei es im Namen der Rechte der Betroffenen oder der Menschlichkeit – nicht bereit sind, Zwangsbehandlung vorzunehmen, sind in der heutigen klinischen Psychiatrie untragbar.

Für eine Zwangsbehandlung wird, wenn nötig, das »Aufgebot« herbeigerufen: Bis zu acht zu körperlicher Gewalt bereite Pfleger stehen einem oder einer einzelnen wehrlosen Betroffenen gegenüber. Auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch sind diese traumatisierenden Konfrontationen (ausführlich in Rufer 2005).

Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Infantilisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird als erzwungene Regression bezeichnet. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierte Ich versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen

werde (Ehlert / Lorke 1988, S. 506). In diesem Moment besteht für die Betroffenen die Gefahr, in einen Zustand der totalen Verwirrung zu fallen.

Das Trauma löst das Gefühl der existentiellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. Die Regression hat in dieser Situation für das Opfer den Sinn, sich wieder in die Obhut von beschützenden Elternfiguren zu begeben, was mit Verschmelzungswünschen und Liebessehnsucht verbunden ist (Ehlert 1988, S. 509). Es bildet sich der Wunsch, gerade von demjenigen, der die Gewalt ausgeübt hat, Trost über das erlittene Leid zu erhalten. Das Opfer versucht, so zu sein, wie es vom Täter erwartet wird, sein Selbstbild gleicht sich dem Fremdbild des Täters an. Betroffene in der Psychiatrie beginnen in dieser Situation daran zu glauben, wirklich psychisch krank zu sein. Nur indem sie die Krankenrolle annehmen – mit anderen Worten – krankheitseinsichtig sind –, erlangen sie in gewissem Ausmaß Zuwendung und Anerkennung von denjenigen, denen sie ausgeliefert sind.¹

Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft zurückbleibt, ist ein Gefühl der Schuld wie auch die Tendenz, Selbstmord zu begehen.

Zu den hier beschriebenen psychischen Folgen der Traumatisierung kommen für PsychiatriepatientInnen erschwerende Begleitumstände hinzu. Bereits im Vorfeld der Zwangseinweisung sind sie durch Konflikte mit Angehörigen, Arbeitgebern, Lehrern usw. vorbelastet. Zudem sind sie den Wirkungen der Neuroleptika, die die intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, die Gefühlswahrnehmung unterdrücken und das Auftreten von deliranten Syndromen bzw. toxischen Delirien (Verwirrung, Desorientierung, Halluzinationen) sowie Depressionen und Suizidalität bewirken können, ausgesetzt. Die Fähigkeit, die Folgen der Traumatisierung zu verarbeiten, ist damit

1 Die in diesem Absatz geschilderte Psychodynamik erklärt die Intensität, mit der oft die Opfer von traumatisierenden Situationen an ihre Peiniger gebunden sind. Gleichzeitig wird verständlich, wieso so viele Betroffene in engem Kontakt mit der Psychiatrie verbleiben und die Diagnose und die jahrelange Behandlung mit Psychopharmaka akzeptieren.

wesentlich beeinträchtigt. Dazu bräuchte es ein möglichst klares Bewusstsein und intakte Gefühle. Verhängnisvoll ist zudem die Isolation der Betroffenen nach der Zwangsbehandlung. Der damit verbundene Wegfall von Sinnesreizen (sensorische Deprivation) führt zum Auftreten von ABZ, zu deren Erscheinungsbild Wahrnehmungsverzerrungen und Halluzinationen gehören. Zudem bedeutet die Diagnose – insbesondere wenn sie zum ersten Mal gestellt wird – für die Betroffenen eine schwer zu verarbeitende Erfahrung. Psychiatrische Diagnosen, insbesondere die »Schizophrenie«, verändern auf einen Schlag das Selbstverständnis und damit die Identität der betroffenen Person.

Genau die Symptome, die PsychiaterInnen zu behandeln vorgeben – Verwirrung, Halluzinationen und Suizidalität sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen – können durch ihre Eingriffe potenziert, chronifiziert, ja sogar produziert werden. Was hier stattfindet, ist ein typischer psychiatrischer *Circulus vitiosus* (Zirkelschluss): Schließlich bestätigen die Symptome, die in der Folge der Zwangsmaßnahmen auftreten, PsychiaterInnen die Diagnose, was die Ausübung der Gewalt rückwirkend legitimiert. Gewalt und Therapie – mit etwas Menschenverstand müssten diese beiden Verhaltensweisen zu unterscheiden sein. In der Psychiatrie ist das offensichtlich nicht der Fall.

Um dies zu verstehen, muss ein Blick auf die Stellung der Psychiatrie in der Gesellschaft geworfen werden. Was ist die Aufgabe der Psychiatrie? Sie hat offensichtlich eine Doppelfunktion. Sie soll nicht nur psychisch leidenden Menschen helfen und sie möglichst heilen (was ihr übrigens sogar im besten Fall kaum gelingt), sie hat auch eine Ordnungsfunktion bzw. übt soziale Kontrolle aus. Am deutlichsten zeigt sich dies darin, dass PsychiaterInnen befugt sind, Zwang und Gewalt anzuwenden. Es handelt sich dabei um Gewalt, die im staatlichen Auftrag ausgeübt wird; sie rückt die Psychiatrie in die Nähe der Polizei, deren Wirken sie ergänzt. Wo staatlich sanktionierte Eingriffe notwendig erscheinen, ohne dass Delikte begangen wurden, tritt die Ordnungsmacht Psychiatrie in Aktion:

»Psychisch Kranke sind in rechtsstaatlichen Demokratien die einzigen Menschen, denen die Freiheit entzogen werden darf, ohne dass sie eine Straftat begangen haben.« (Finzen 1993, S.13)

Die Ordnungsfunktion der Psychiatrie wird kaum wahrgenommen, kann die

Anwendung von Gewalt doch leicht als Hilfe und bestmögliche Behandlung ausgegeben und damit verschleiert werden. Die Verbindung mit der Medizin veredelt diese Eingriffe. Sanktionen werden als Maßnahmen der Hilfe und Menschlichkeit legitimiert.

Fragwürdige Diagnosen rechtfertigen Interventionen

Medial vermittelt, ist das neurobiologisch geprägte Denken der Psychiatrie zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Schlagworte wie Schizophrenie, Depression und Manie sind aus dem allgemeinen Wortschatz nicht mehr wegzudenken. Die magische Kraft des Schlagworts übt ihre Wirkung nicht nur auf Laien aus, sie reicht in die Tiefe spezialisierter Forschung; auch hochkarätige Wissenschaftler sind ihr unterworfen. Die Bedeutung derartiger Worte wird nicht mehr logisch geprüft.

So stellt der Psychiater die Diagnose – ein Vorgang ritueller Bedeutung –, und damit ist allen alles klar: Rituale wirken angenehm vereinfachend und entlastend. Zugleich blockieren sie aber das selbstständige Denken und stehen meist im Dienst der Unbewusstmachung von Problemen und Veränderungsmöglichkeiten. Rituale sind Handlungsanweisungen, die automatisch ausgeführt werden, sie lassen die Welt überschaubarer erscheinen. Das Ritual erscheint als sinnvoll, sein Sinn soll nicht hinterfragt werden (vgl. Erdheim 1998, S. 36).

Heute sind die psychiatrischen Diagnosen – festgehalten in der ICD-10, dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, und im DSM-IV, demjenigen der Vereinigung US-amerikanischer Psychiater – die wichtigsten Instrumente für die Erstellung und Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung und deren Kontrolle. Dass sie sich durchsetzen konnten, hat wenig mit ihrer wissenschaftlichen Ausgewiesenheit zu tun; vielmehr handelt es sich hier um einen sozialen, ökonomischen und politischen Vorgang. Die Charakterisierung von bestimmten Zuständen und Verhaltensweisen als krank oder abnorm ist eine willkürliche soziale und moralische Definition, die Handlungsbedarf signalisiert und nötigenfalls gegen den Willen der Betroffenen Interventionen initiieren und legitimieren soll.

Diese beiden psychiatrischen Klassifikationssysteme bilden die Grundlage für die praktisch unumgängliche Verabreichung von Psychopharmaka. Die

auf objektiv festzustellende Symptome fokussierte Diagnostik der Klassifikationssysteme übergeht, dass das zentrale Kriterium für das Diagnostizieren einer Krankheit das subjektive Befinden und das individuelle Gefühl der Hilfsbedürftigkeit sein müsste. Es wird über den Kopf der Betroffenen hinweg entschieden, ob ihr psychischer Zustand »änderungsbedürftig« ist.

Interessanterweise besteht unter Fachleuten Einigkeit darüber, dass in der Psychiatrie im Grunde gar nicht von Krankheiten gesprochen werden dürfte:

»Von einer Krankheit spricht man erst dann, wenn Ursache, Symptomatik, Verlauf, Prognose und Therapie eines Störbildes bekannt und vereinheitlicht sind oder ein diesbezügliches Konzept vorliegt. Deswegen wurde in der ICD-10 der Begriff der *Störung* eingeführt, der sich vom Begriff der *Krankheit* abheben soll.« (Paulitsch 2004, S. 34)

Sogar in der Einleitung der ICD-10 wird dies ausdrücklich festgehalten:

»Der Begriff ›Störung‹ (disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie ›Krankheit‹ oder ›Erkrankung‹ weitgehend zu vermeiden.« (Dilling et al. 2005, S. 22)

Auch im DSM-IV wird durchgängig der Begriff *Störung* verwendet – es nennt sich entsprechend: »Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen«. Die psychiatrischen Klassifikationssysteme haben den Krankheitsbegriff eliminiert. Die Autoren von ICD-10 und DSM-IV sind sich einig, dass das gesicherte Wissen dürftig ist, und zwar derart, dass im Bereich der Psychiatrie der Begriff »Krankheit« nicht verwendet werden dürfte. Schon allein diese Feststellung stellt die Zuständigkeit der Medizin für die Behandlung von psychischen Störungen grundsätzlich in Frage.

Psychiatrische Diagnosen werden in der Fachliteratur als Konstrukte bezeichnet. Tilman Steinert spricht in der Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* von der Schizophrenie, der bekanntesten und wichtigsten Diagnose, die die Psychiatrie kennt, als »fiktiver, abstrahierter Idee einer Krankheit« (1998, S. 3). Psychiatrische Diagnosen werden zudem Konventionen, Konzepte, Schemata, Setzungen oder Vorstellungen genannt. Finzen schreibt: »Schizophrenie ist eine unverstandene psychische Störung.« (1993b, S. 9) Der Psychiater Daniel Hell kommt in seinem Artikel »Gibt es die Schizophrenie?« zum Schluss, »dass die schizophrene Erkrankungsonicht gibt.« (1998)

Im inneren Kreis der psychiatrischen Elite ist die Einsicht in die Dürftigkeit des gesicherten Wissens demnach durchaus vorhanden. Doch hat das keine Folgen. Das psychiatrische Denkkollektiv und der ihm zugehörige Denkstil sind dermaßen etabliert (ausführlich in: Rufer 2006), dass die Herauslösung dieser Störungen aus ihrem neurobiologisch-medizinischen Korsett unvorstellbar ist. Was immer herausgefunden wird, wird zurechtgestutzt, gewendet und gedreht, bis es passt, das heißt, bis es die ein für alle Mal festgelegten Grundannahmen stützt.

Wer eine Diagnose stellt, übt Macht aus. Eine psychiatrische Diagnose hat viel dramatischere Auswirkungen als die nüchterne Benennung der bestehenden, krisenauslösenden Problematik, beispielsweise Konflikte in der Partnerschaft oder Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Diagnosen wie »Schizophrenie« und »Manie« bedeuten den sozialen Tod. Der Mensch in seiner Einzigartigkeit mit seinem Entwicklungspotential geht gleichsam verloren. Gleichzeitig entsteht er neu – es wird ihm eine kranke Identität zugeschrieben.

Die andere Seite dieser Machtausübung besteht darin, dass die Diagnose Distanz schafft, sie schützt PsychiaterInnen vor der für sie oft bedrohlichen Nähe zu den Betroffenen. Wer nicht bereit ist, sich auf die Befindlichkeit, die Geschichte, die Gefühle der Betroffenen einzulassen, kann sie nicht verstehen: Sie wirken auf ihn fremd oder irr, werden zum angsterregenden Monsterkabinett des verpönten Eigenen (Erdheim 1993, S. 167f.). Was Angst macht, muss bekämpft werden. Dies ist ein Grund für die Härte und Brutalität, mit der PsychiaterInnen nicht selten ihre Schützlinge behandeln. Zusätzliche Distanz schafft die Behandlung mit Psychopharmaka. Sie macht die Hypothese, dass die Abweichung des Betroffenen biologisch verursacht ist, zu einer Wahrheit: Die Biologie – Neurotransmitter, Moleküle, Gene – kann nicht verstanden werden, Einfühlung ist unmöglich. Sie ist Natur in ihrer unveränderlichen, erbarmungslosen, schicksalhaften Gestalt.

Kaum etwas wissen die PsychiaterInnen also über das »Rätsel Schizophrenie« – so beispielsweise der Titel des Buchs von Heinz Häfner (2000) –, und dennoch machen sie dramatisierende Aussagen über ihr Lieblingskonstrukt. Die bekannte Psychiaterin Nancy Andreasen schreibt: »Die Schizophrenie ist vermutlich die grausamste und verheerendste der verschiedenen psychischen Erkrankungen.« (2002, S. 234) Und Klinikdirektor Wulf Rössler sagte im Schweizer Fern-

sehen in Anwesenheit einer Betroffenen: »Es ist eine ganz schwere, seelische Erkrankung, die über die Krankheit hinaus für die Betroffenen ganz dramatische Auswirkungen hat.« (2001) Als sich selbst erfüllende Prophezeiungen prägen derartige Aussagen den Verlauf von »Schizophrenien«.

Eine verhängnisvolle Entwicklung wurde durch die Diagnose in Gang gesetzt. Sie beeinflusst neben den Erwartungen der professionellen und privaten Kontaktpersonen maßgeblich das Verhalten und Erleben der Betroffenen. Psychiatrische Diagnosen werden damit zu sozialen Rollen, die Identifikation mit diesen Rollen macht leidende oder störende Menschen zu »echten Schizophrenen«, die sich letztlich so verhalten, wie es von ihnen erwartet wird.

Die »Grausamkeit« der »Schizophrenie« bzw. deren Chronifizierung muss somit als iatrogenes, das heißt durch die Eingriffe der Ärzte provoziertes Phänomen verstanden werden. Dies gilt genauso für die Suizide von PsychiatriepatientInnen, die als Folge der zunehmenden Verabreichung von Neuroleptika und Antidepressiva deutlich angestiegen sind (ausführlich in Rufer 2004, 2001), wie auch für Verlauf und Prognose von Manien, Depressionen und weiteren psychischen Störungen. So bleibt denn die Psychiatrie die Institution, die – kurz- und langfristig – »... Phänomene produziert, die sich in die medizinische Wissenschaft integrieren lassen.« (Foucault 1975, S.74)

Die PsychiaterInnen setzen sich für die Früherkennung der »gefährlichen schizophrenen Psychosen« in der Hausarztpraxis ein. So können die Betroffenen früh mit Psychopharmaka behandelt werden – schon, wenn sie als Risikopersonen gelten. Zu diesem Zweck wurde als Ableger der International Early Psychosis Association (IEPA) unter anderem das Swiss Early Psychosis Project ins Leben gerufen. In Deutschland dient der Projektverbund »Früherkennung und Frühintervention« des Kompetenznetzes Schizophrenie diesem Zweck. Dies, obschon offen zugegeben wird, dass die Symptome, nach denen gesucht werden soll, unspezifisch sind (Simon / Berger / Merlo 2001). Noch fragwürdiger als eine psychiatrische Diagnose wie »Schizophrenie« ist die Diagnostik ihrer unspezifischen Prodromalphase. Dennoch wird bereits in diesem Vorstadium Psychoedukation eingesetzt,

»... um den Patienten adäquat, zeitgemäß und realistisch über sein Krankheitsbild, seine Prognose und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren.« (Bechdorf / Juckel 2006, S.18)

Neben der Psychoedukation werden in der »präpsychotischen Phase« auch Neuroleptika verschrieben. Gemäß der Empfehlung der IEPA kann diese Behandlung, falls eine Besserung nach sechs Wochen zu beobachten sei, für weitere sechs Monate bis zu zwei Jahren fortgesetzt werden (ebd., S.78).

Dies alles gilt für Betroffene, die keineswegs als »schizophren« diagnostiziert wurden, sondern unvorsichtig genug waren, sich den kritischen Blicken von PsychiaterInnen und Hausärzten auszusetzen – beispielsweise Jugendliche, die Schwierigkeiten in der Schule, Liebeskummer oder Streit mit den Eltern haben.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universität Bern wird bereits behandelt, bevor man sich hinsichtlich der Diagnosesicherheit wagt:

»Da die eindeutige Diagnosestellung schwierig ist, kommt es vor, dass erst nach Abgabe von Medikamenten und deren Wirkungserfolg klar wird, ob es sich um ein psychotisches Geschehen gehandelt hat.« (Rusch 2001, S.21)

Wohlverstanden: Es geht hier um Jugendliche zwischen zwölf und achtzehn Jahren, das heißt um Menschen in der Pubertät, einer schwierigen Entwicklungsphase. Der verhängnisvolle Mythos der Spezifität von Psychopharmaka ist ganz offensichtlich ungebrochen: Werden die aus der Sicht der PsychiaterInnen störenden Symptome durch Neuroleptika weggedämpft, gilt dies als Beweis, dass da eine »echte Psychose« behandelt wurde.

Zunehmend geraten nicht nur Erwachsene und Jugendliche, sondern auch Kinder ins Visier der »Psychosefahnder«: Kindern, die in der Schule zum Beispiel durch sozialen Rückzug, Konzentrations- oder Leistungsprobleme auffallen, soll Blut abgenommen werden, welches nach Suszeptibilitätsgenen, das heißt einer Genkombination, die für das »Erkrankungsrisiko« verantwortlich gemacht wird, untersucht werden soll. Ergeben sich Verdachtsmomente, müssen die Kinder, um die angeblich drohende Psychose nicht zum Ausbruch kommen zu lassen, vorbeugend Neuroleptika einnehmen (Kompetenznetz 2000).

Vom nicht gesicherten therapeutischen Nutzen der Psychopharmaka

Depressive »brauchen« Antidepressiva, Schizophrene Neuroleptika. Kaum jemand zweifelt das heute noch an: Möglichst alle PsychiatriepatientInnen sol-

len mit Psychopharmaka behandelt werden. Bei »Therapie«-Resistenz wird oft mit Megadosierungen versucht, doch noch einen Effekt zu erzwingen. Und es wird lange, möglichst lebenslang, behandelt. Zunehmend werden bei Betroffenen, die als »schizophren«, »manisch« oder »depressiv« diagnostiziert wurden, Langzeitbehandlungen angestrebt. In einigen Ländern ist die ambulante Zwangsbehandlung bereits eingeführt, in andern wird intensiv darüber diskutiert. Implantate, die zum Beispiel Haloperidol bis zu einem Jahr lang abgeben können, werden chirurgisch unter die Haut eingesetzt (Siegel et al. 2002).

Die umfassendsten und sorgfältigsten Untersuchungen über die therapeutische Wirkung von Psychopharmaka wurden mit Antidepressiva durchgeführt. In Anbetracht des immensen Konsums von Antidepressiva und der Milliardenumsätze muss es sogar Menschen, die der Pharmaindustrie und der Psychiatrie gegenüber skeptisch oder misstrauisch eingestellt sind, überraschen, dass in der Fachliteratur mit Leichtigkeit qualifizierte Arbeiten zu finden sind, die die Wirksamkeit der Antidepressiva grundlegend in Frage stellen. Therapieresistenz ist das große Problem für diejenigen, die Antidepressiva verabreichen. Laut Woggon beträgt die Erfolgsrate für das erstverordnete Antidepressivum bei schweren Depressionen bzw. bei hospitalisierten depressiven PatientInnen 50 Prozent (Pöldinger / Reimer 1993, S. 182; Woggon 1998, S. 35). Doch stellte sich bei 50 Prozent der stationär aufgenommenen depressiven PatientInnen, die ausschließlich mit einem Placebo behandelt wurden, innerhalb von zwei bis sechs Wochen ebenfalls eine deutliche Besserung ein (Zehentbauer 2006, S. 150). In verschiedenen weiteren Untersuchungen waren Antidepressiva nicht wirksamer als Placebos (ebd.; Breggin 1983, S. 178; 1994, S. 56; Möller 1991, S. 44f.). Diese Befunde werden dadurch unterstrichen, dass auf Grund der Voreingenommenheit (bias) der Psychiater die geprüften Psychopharmaka im Vergleich mit Placebos tendenziell zu gut beurteilt werden (Fisher 1993, S. 347). Diese Voreingenommenheit kann sehr wohl placebokontrollierte Psychopharmakastudien verfälschen, da auf Grund der für die Psychiater und übrigens auch die Versuchspersonen leicht festzustellenden Nebenwirkungen der Psychopharmaka sogar sogenannte Doppelblindversuche keineswegs wirklich blind sind. Die stark variierenden Placeboeffekte, die in verschiedenen Studien gefunden werden, zeigen deutlich, wie wichtig bei jeder Behandlung der menschliche Faktor,

die Atmosphäre, insbesondere die Arzt-Patient-Beziehung sind. So wurde auch wiederholt bei mehr als der Hälfte der Versuchspersonen eine Besserung ihrer Depression gefunden. In einigen Studien kam es sogar in annähernd 90 Prozent der Fälle zu einer Besserung (Breggin 1994, S. 37).

Bis heute ist der therapeutische Nutzen der Antidepressiva nicht gesichert (ausführlich in Rufer 2004, 2001). Und diese Beurteilung gilt nicht nur für Antidepressiva, sondern für alle Psychopharmaka, das heißt auch für Neuroleptika, Tranquilizer und Stimmungsstabilisatoren wie Lithium und Carbamazepin (Fisher / Greenberg 1993, S. 348; 1989, S. 29). Die möglichen schädlichen, zum Teil sogar tödlichen Wirkungen der verschiedenen Psychopharmakadagegensind gesichert und allgemein anerkannt.

Das bedeutet gleichzeitig, dass Psychopharmaka keine spezifische Wirkung haben. Sie können bestenfalls Symptome unterdrücken oder weg-dämpfen, sind jedoch in keiner Weise in der Lage, die Ursache der Störung auszuschalten, wie das beispielsweise Antibiotika bei bakteriellen Infekten im günstigen Fall zu tun vermögen. So sind die Wirkungen von Neuroleptika, unter anderem Müdigkeit, Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des Gedächtnisses, Dämpfung der Gefühlswahrnehmung bei als psychisch gesund geltenden Versuchspersonen genauso zu beobachten wie bei denjenigen, die als »schizophren« diagnostiziert wurden (siehe Lehmann 1996, S. 127 – 138).

Wie steht es um den Elektroschock?

Es ist still geworden um diese Behandlungsmethode der Psychiatrie, die viele Menschen mit Folter, Grausamkeit und elektrischem Stuhl assoziieren. Doch diese Ruhe ist künstlich hergestellt, sie ist taktischer Natur – zu schlecht war nach Ansicht der schockenden Psychiater der Ruf dieser Behandlung geworden. Nachdem in der Fachliteratur zu Beginn der achtziger Jahre zu lesen war, dass der Elektroschock eine gute Behandlung insbesondere für Depressionen sei, die nur infolge einer perfiden Kampagne in den Massenmedien vorübergehend in vermindertem Umfang durchgeführt werden musste, stieg die Zahl der Menschen, die elektroschockiert wurden, wieder kontinuierlich an.

Nach wie vor ist die häufigste Indikation für die Anwendung von Elektro-

schocks die Depression; doch erhalten auch Betroffene mit den Diagnosen »Schizophrenie«, »bipolare Störung« (»manisch-depressive Erkrankung«) und Suizidalität Elektroschocks. Im Laufe der Zeit wurden Elektroschocks bei praktisch allen existierenden psychiatrischen Diagnosen eingesetzt. Es fällt auf, dass Frauen weitaus häufiger elektrisch geschockt werden als Männer. Je nach Quelle wird das Verhältnis mit 2:1 bis 3:1 angegeben. Heute ist der Elektroschock meist die Methode der zweiten Wahl und kommt dann zum Zug, wenn die behandelnden Ärzte mit dem Erfolg der Behandlung mit Psychopharmaka nicht zufrieden sind – wenn also die Betroffenen »therapieresistent« sind. Und die Psychiater sind oft nicht zufrieden. Fritz Reimer, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, äußerte sich stellvertretend für seine Kollegenschaft: »Ich hoffe, dass bald alle wieder schocken.« (zitiert nach Förster 1988, S. 22) Reimers Wunsch ist weitgehend in Erfüllung gegangen. In vielen psychiatrischen Kliniken, die in den siebziger Jahren auf die Anwendung des Elektroschocks verzichtet hatten, wird diese Behandlung wieder regelmäßig eingesetzt.

Der Elektroschock wird prinzipiell immer in Serien angewendet; bei der »Depression« sind es im Allgemeinen sechs bis zwölf, bei der »Schizophrenie« und »bipolaren Störungen« 15 bis 25 Schocks. Heute wird der Elektroschock gelegentlich auch ambulant angewendet. Ferner besteht die Tendenz, nach Abschluss der Serie Elektroschock als Langzeit- oder Erhaltungsbehandlung monate-, ja jahrelang fortzusetzen. Früher kam es infolge der Vehemenz der Krämpfe nicht selten zu Knochenbrüchen, deshalb wird heute in der Regel in Narkose unter medikamentöser Muskellähmung geschockt. Unter der Spannung von 100 bis 500 Volt wird 0,2 bis 8 Sekunden lang elektrischer Strom durch das Gehirn geleitet. Dies löst einen 30 bis 60 Sekunden dauernden Grandmal-Anfall (großer epileptischer Anfall) aus. Elektroschocks führen zu Schädigungen von Nervenzellen und Blutgefäßen, die mit punktförmigen Blutungen und einer erhöhten Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke verbunden sind. Je nach Anzahl und Intensität der Elektroschock-Behandlungen leiden die Betroffenen danach an einem mehr oder weniger ausgeprägten akuten hirnorganischen Psychosyndrom. Charakteristisch dafür sind: eine zeitliche, räumliche und personenbezogene Verwirrung und Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen, insbesondere bezogen auf unmittelbar vorangegangene

Ereignisse, zudem eine allgemeine Störung aller intellektuellen Funktionen wie Verständnis, Lernen und abstraktes Denken sowie eine Beeinträchtigung der Urteils- und Kritikfähigkeit und verflachte beziehungsweise unangemessene emotionale Reaktionen, wechselnd von Euphorie bis Apathie, häufig heftige Kopfschmerzen, Übelkeit, körperliche Erschöpfung und Unwohlsein sowie Schwindel mit Unsicherheit beim Gehen. Die Betroffenen fühlen sich hilflos und ängstlich. Erinnerungslücken, die nach mehreren Wochen weiterbestehen, sind irreversibel.

Die hochgelobten Modifikationen haben die durch Elektroschocks ausgelösten Gefahren sogar noch vergrößert, bedeuten doch schon nur Narkose und Muskellähmung ein zusätzliches Risiko. Dies gilt ebenso für den unilateralen Elektroschock, da dabei intensivere oder länger dauernde Stromstöße eingesetzt werden müssen, damit die aus psychiatrischer Sicht notwendige Wirkung eintritt. Eine weitere Variante bei der Verabreichung von Elektroschocks ist die Kurzpulsstimulation. Da die Pulse kürzer sind, die Energiemengen pro Puls jedoch größer, bedeutet auch sie keine Verbesserung. Hierzu äußerte sich der US-amerikanische Psychiater John Friedberg gegenüber Mark Smith vom *Houston Chronicle*, als dieser 1995 über acht Todesfälle berichtete, die in Zusammenhang mit Elektroschocks in einem Zeitraum von 15 Monaten bei 1500 Geschockten aufgetreten waren: »Für mich ist es einfach eine weitere große Lüge, dass die Apparate sicherer sind«, sagte Friedberg.« (Smith 1995, S. 6A) Dem ist nicht hinzuzufügen.

Fazit

Störendes Verhalten, das Leiden und die Wünsche der Betroffenen dürfen nicht mehr als Symptome von Krankheiten betrachtet werden. Sie müssen von einer Diagnostik losgelöst werden, die die Berechtigung zur Intervention darstellt. So muss denn jegliche sinnvolle Hilfe für die Betroffenen, insbesondere die Psychotherapie, grundsätzlich auf verschlossene Türen, Zwang und Gewalt, Psychopharmaka, Elektroschock und psychiatrische Diagnosen verzichten.

Durch die Allgegenwart und den weitgehend unbestrittenen Wahrheitsanspruch des neurobiologischen Denkens werden die psychiatrische Macht und ihre Auswirkungen kaum mehr wahrgenommen und von den meisten still-

schweigend akzeptiert. Nur wer sich endgültig von den verhängnisvollen neurobiologischen Grundlagen der Psychiatrie gelöst hat, ist in der Lage, sinnvolle Angebote für Menschen in psychischer Not bereitzustellen. Dann erst ist es möglich, offen und unvoreingenommen auf die Probleme und Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

Quellen

- »Alles, was wir fühlen, ist Chemie. Glück, seelisches Leiden und Psychopillen: Die Pharmakotherapeutin Brigitte Woggon debattiert mit der Psychoanalytikerin Brigitte Bothe«, in: Weltwoche, 8. Juni 2000, S. 53–54
- Andreasen, N.C.: »Bravenewbrain. Geist, Gehirn, Genom«, Berlin: Springer Verlag 2002
- Bechdolf, A. / Juckel, G.: »Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko«, Stuttgart: Schattauer Verlag 2006
- Bock, T.: »Lichtjahre. Psychosen und Psychiatrie«, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1999
- Breggin, P.: »Psychiatric drugs: Hazard to the brain«, New York: Springer 1983
- Breggin, P./Breggin, G.R.: »Talking Back to Prozac«, New York: St. Martin's Press 1994
- Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H. / Schulte-Markwort, E. (Hg.): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen«, 5. durchgesehene und ergänzte Auflage, Bern / Göttingen: Huber Verlag 2005
- Dittrich, A. / Scharfetter, C.: »Phänomenologie außergewöhnlicher Bewusstseinszustände«, in: dies. (Hg.): »Ethnopsychotherapie«, Stuttgart: Thieme Verlag 1987, S. 35–43
- Ehlert, M. / Lorke, B.: »Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion«, In: Psyche, Bd. 42 (1988), S. 502–532
- Erdheim, M.: »Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit«, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1982
- Erdheim, M.: »Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur«, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1988
- Erdheim, M.: »Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität«, in: M. M. Jansen / U. Prokop (Hg.): »Fremdenangst und Fremdenfeindlichkeit«, Basel / Frankfurt am Main 1993: Nexus-Verlag, S. 163 – 182
- Erdheim, M.: »Wieviel Rituale braucht der Mensch?«, in: unimagazin. Die Zeitschrift der Universität Zürich, 1998, Nr. 1, S. 36 – 38; im Internet unter www.unicom.unizh.ch/unimagazin/archiv/1-98/mensch.html – Zugriff 23.10.2006
- Finzen, A.: »Sozialpsychiatrische Aspekte der Ethik«, in: W. Pöldinger / W. Wagner (Hg.): »Ethik in der Psychiatrie«, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag 1991, S. 206–215
- Finzen, A.: »Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation in der Psychiatrie«, in: Neue Zürcher Zeitung, 9.10.1993[a], S. 13
- Finzen, A.: »Schizophrenie – die Krankheit verstehen«, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993[b]
- Finzen, A.: »Das Pinelsche Pendel«, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998
- Fisher, S. / Greenberg, R. P.: »Examining antidepressive effectiveness: findings, ambiguities, and some vexing puzzles«, in: dies. (Hg.): »The limits of biological treatments for psychological distress«, Hillsdale/Hove/London: Lawrence Erlbaum Publishers 1989, S. 1–37

- Fisher, S. / Greenberg, R. P.: »How sound is the double-blind design for evaluating psychotropic drugs?«, in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, Bd. 181 (1993), S. 345–350
- Förster, A.: »Skandal: E-Schock wieder im Aufwind«, in: *Münchener Illustrierte*, 1988, Nr. 12, S. 21–22
- Foucault, M.: »Macht-Wissen«, in: F. Basaglia / F. Basaglia-Ongaro (Hg.): »Befriedigungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen«, Frankfurt am Main: EVA 1975, S. 63–80
- Goldblatt, D.: »Die Psychose durcharbeiten«, in: T. Bock / D. Buck / J. Gross / E. Maß / E. Sorel / E. Wolpert (Hg.): »Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie«, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1995, S. 325–332
- Häfner, H.: »Das Rätsel Schizophrenie«, München: Beck Verlag 2000
- Hell, D.: »Gibt es die Schizophrenie?«, in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 149 (1998), Nr. 1, S. 51–53
- Karon, B. P.: »Psychotherapy versus medication for schizophrenia: Empirical comparisons«, in: S. Fisher / R. P. Greenberg (Hg.): »The limits of biological treatments for psychological distress«, Hillsdale/Hove/London: Lawrence Erlbaum Publishers 1989, S. 105–150
- Kernberg, O. F.: »Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus«, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 1978
- Kompetenznetz Schizophrenie: »Ein Netz für den Menschen«, Broschüre, Düsseldorf 2000; im Internet unter www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/Dateien/netz-broschuere.pdf – Zugriff 5.7.2007
- Kraft, U.: »Schöne neue Neuro-Welt«, in: *Gehirn & Geist*, 2004, Nr. 6, S. 20–29
- Lehmann, P.: »Schöne neue Psychiatrie«, Bd. 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, Berlin: Antipsychiatrie Verlag 1996
- Mitscherlich, A. / Mitscherlich, M.: »Die Unfähigkeit zu trauern«, München: Piper Verlag 1977
- Möller, H.-J.: »Antidepressiva: gestern und heute«, in: H. Hippus / W. Pöldinger (Hg.): »Phantasia und Wirklichkeit – Fluvoxamin«, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag 1991, S. 34–55
- Mosher, L. R. / Menn, A. Z.: »Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt«, in: H. Stierlin / L. C. Wynne / M. Wirsching (Hg.): »Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie«, Berlin / Heidelberg / New York / Tokyo 1985, S. 105–122
- Marder, S. R.: »Facilitating compliance with antipsychotic medication«, in: *Journal of Clinical Psychiatry*, Bd. 59 (1998), Supplement 3, S. 21–25
- Paulitsch, K.: »Praxis der ICD-10-Diagnostik«, Wien: Facultas 2004
- Perry, J. W.: »Psychosis as a visionary state«, in: F. Becker (Hg.): »Methods of treatment in analytical psychology«, Fellbach: Bonz Verlag 1980, S. 193–198
- Pöldinger, W. / Reimer, C. (Hg.): »Depressionen«, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag 1993
- Reimer, F.: Interviewaussage, in: J. Webers / P. Nuvoloni: »Elektroschocks«, Redaktion »Monitor«, Erstes Deutsches Fernsehen (ARD), Sendung vom 3.8.1992
- Rössler, W.: Statement, in: *Gesundheitssprechstunde*, SF2 (Schweizer Fernsehen, 2. Programm), Sendung vom 2.12.2001
- Rufer, M.: »Schizophrenie«, in: S. Grubitzsch / K. Weber (Hg.): »Psychologische Grundbegriffe«, Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1998, S. 530–533
- Rufer, M.: »Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen«, in: M. Wollschläger (Hg.): »Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven«, Tübingen: dgvt-Verlag 2001, S. 225–268
- Rufer, M.: »Ordnungsmacht Psychiatrie«, in: *Widerspruch*, 24. Jg. (2004), Heft 46, S. 109–124

- Rufer, M.: »Traumatisierung in der Psychiatrie«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2005, Nr. 4, S. 11 – 16; im Internet unter www.bpe-online.de/verband/rundbrief/2005/4/rufer.htm–Zugriff8.7.2007
- Rufer, M.: »Neuromythologie und die Macht der Psychiatrie«, in: Widerspruch, 26. Jg. (2006), Heft50 ,S.145–156
- Rusch, M.: »Stationäre Behandlung von Psychosen bei Jugendlichen«, in: Pro mente sana aktuell,2001,Nr.1, S.21–22
- Siegel S. J., Winey K. I., Gur R.E., Lenox, R. H., Bilker, W. B., Ikeda, D., Gandhi, N., Zhang, W.-X.: »Surgically implantable long-term antipsychotic delivery systems for the treatment of schizophrenia«, in: Neuropsychopharmacology, Bd. 26 (2002), S. 817 – 823; im Internet unter www.acnp.org/citations/Npp112801212/–Zugriff8.7.2007
- Simoes, M.: »Das akute paranoide Syndrom und veränderte Wachbewusstseinszustände (VBW)«, in: A. Dittrich / A. Hofmann / H. Leuner (Hg.): »Welten des Bewusstseins«, Bd. 3, Berlin:VWB-Verlag1994,S.103–115
- Simon, A. / Berger, G. / Merlo, M.: »Diagnose und Behandlung der Frühphase schizophrener Erkrankungen«,in:SchweizerÄrztzeitung,2001,Nr.9
- Smith, M.: »Eight in Texas die after shock therapy in 15-month period«, in: Houston Chronicle vom7.3.1995,S. 1A u. 6A
- Steinbrueck, S. M. / Maxwell, S. E. / Howard, G. S.: »A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression«, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology,Bd.51(1983),Nr.6,S.856–863
- Steinert, T.: »Das Krankheits>bild< der Schizophrenie«, in: Psychiatrische Praxis, Bd. 25 (1998), S.3–8
- Wienberg, G.: »Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion«, in: M. Eink (Hg.): »Gewalttätige Psychiatrie«,Bonn:Psychiatrie-Verlag1997,S.14–28
- Wienberg, G.: »Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines psychiatrischen Professionellen«, in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«, Bd. 1, Bonn: Psychiatrie-Verlag2001,S.185–203
- Woggon,B.(Hg.):»BehandlungmitPsychopharmaka«,Göttingen:HuberVerlag1998
- Zehentbauer, J.: »Chemie für die Seele. Psychopharmaka und alternative Heilmethoden«, 10., teilweiseaktualisierteAuflage,Berlin:Antipsychiatrieverlag2006

Pat Bracken

Jenseits von Modellen und Paradigmen

Eineradikale Interpretation von Recovery

Ursprünglich wurde der Begriff »Recovery« in einigen einflussreichen Erfahrungsberichten von Betroffenen verwendet, um ein alternatives Programm in der Psychiatrie anzukünden. In den letzten Jahren benutzt man den Begriff