

Ordnungsmacht Psychiatrie

Autor(en): **Rufer, Marc**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik**

Band (Jahr): **24 (2004)**

Heft 46

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-651972>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ordnungsmacht Psychiatrie

„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.“ (Woggon 2000, 54) Der Mensch ein biologisches Objekt, gesteuert durch biochemische Prozesse: Die Maschine Mensch! Dies offensichtlich das Menschenbild der Psychopharmaka-Spezialistin Brigitte Woggon, Psychiatrieprofessorin in Zürich. Genau dieses Denken bestimmt die heutige biologische Psychiatrie: Diese, heute noch ein Teilgebiet der Psychiatrie, befasst sich mit der Aufklärung der biologischen Ursachen, der Diagnose und der Behandlung der „Geisteskrankheiten“ und wird langsam aber sicher zur herrschenden Psychiatrie.

Die Psychiatrie – eine Neurowissenschaft

Bereits wird in renommierten Zeitschriften vorgeschlagen, den Begriff Psychiatrie nicht mehr zu verwenden; das Fachgebiet solle sich als „angewandte Neurowissenschaft“ und die Psychiater als „klinische Neurowissenschaftler“ bezeichnen (Wick 1998, 1064). Die „revolutionäre Wende der Psychiatrie“ hin zu einer Ausrichtung auf die biologische Tradition der Medizin (Andreasen 1990, 12) wird von den Medien wohlwollend begleitet. So wird regelmässig detailliert über biologische Erklärungen psychischer Störungen berichtet. Damit verbunden sind jeweils Ausführungen über die Fortschritte der Psychopharmakotherapie. (Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass auch die beiden anderen biologischen Behandlungsmethoden der Psychiatrie – in zunehmendem Ausmass der Elektroschock, aber auch der psychochirurgische Eingriff – noch immer regelmässig zum Einsatz kommen.) Dabei wird kaum jemals ausgesprochen, dass all diese breit gestreuten Informationen wissenschaftlich nicht gesichert sind. Es handelt sich bloss um mögliche Erklärungen, um Modelle oder Hypothesen. Dennoch wurden im Laufe der Zeit diese ungesicherten Aussagen als gesellschaftliche „Wahrheiten“ ausgegeben, zumal den Gegenpositionen – sozialen und psychologischen Erklärungen – kaum mehr Platz in den Medien eingeräumt wird. „Dahinter steht ein verändertes Bild des Menschen. Es ist nicht mehr die psychosoziale Entwicklung, insbesondere jene der frühen Kindheit, die über die seelische Gesundheit und Krankheit entscheidet, sondern die Balance der Neurotransmitter.“ (Finzen 1998a, 114)

Das geht so weit, dass biologisch argumentierende PsychiaterInnen die Psychotherapie nur deshalb wieder mehr oder weniger ernstnehmen können, weil sie höhere kortikale Verbindungsbahnen bzw. die Verschaltung von Neuronen zu beeinflussen vermöge. Psychotherapie könne Veränderungen der Genexpression auslösen und folglich strukturelle Veränderungen im Gehirn bewirken (Andreasen 2001, 363, Fisch 1999, 464ff).

Wie kam es denn eigentlich zur Bildung des Begriffs biologische Psychiatrie? Viktor Hobi geht davon aus, dass das Adjektiv „biologisch“ zum Zweck der Etablierung innerhalb der exakten und metrischen Naturwissenschaften gewählt wurde (Hobi 1985, 36). Im Anschluss an Mario Erdheim kann hier auch von Szientizismus gesprochen werden: „Der Szientizismus kann als ein Ensemble von Methoden und Theorien betrachtet werden, die im Dienste der gesellschaftlichen Produktion von Unbewusstheit stehen. Ihre Aufgabe ist es, die Wissenschaft im Rahmen und im Einklang mit den herrschenden Verhältnissen zu halten.“ (1988, 137)

In den 1970er Jahren schürten Sozialpsychiater die Hoffnung, dass psychische Störungen zunehmend als psychosoziales Geschehen verstanden und dementsprechend behandelt würden. Was ist davon übriggeblieben? Sehr wenig.¹ Was heute zählt, ist die Verbesserung der compliance, d.h. die Bereitschaft der angepassten und unterwürfigen PatientInnen, brav und regelmässig die verordneten Psychopharmaka einzunehmen. Das ist das Hauptziel sowohl der Pharmaindustrie wie der von ihr abhängigen forschenden PsychiaterInnen.

Soziale Ursachen sind in der heutigen Psychiatrie als auslösender Faktor des Auftretens von psychischen Störungen bedeutungslos geworden. „Der soziale Hintergrund der Kranken wirkt sich auf die Kooperationswilligkeit und -fähigkeit aus, auf die Frage, ob sie die Medikamente regelmässig einnehmen(...)“. „Soziale Faktoren bestimmen ihr Krankheitsverhalten und die Reaktion ihrer Familien.“ (Finzen 1998a, 62) Die Lebenssituation und die Biografie des Betroffenen sind für die Psychiater nur mehr von unwesentlicher Bedeutung. Im Zentrum der Interaktion steht die Suche nach Symptomen, die die Diagnose und damit die Art und Dosierung der anzuwendenden Psychopharmaka bestimmen. Selbstverständlich kann sich so keine gleichwertige Beziehung zwischen Arzt und Patient aufbauen. Vergessen geht dabei, dass nur dasjenige Wissen, das von der Vertrauensbeziehung zwischen zwei Menschen getragen wird, Bewusstheit – das Ziel jeder sinnvollen Psychotherapie – zu schaffen vermag (Erdheim 1988, 128). 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.“ (Wienberg 2001, 189)

Eine moderne Psychotherapie zielt darauf ab, die Betroffenen wie ihre Bezugspersonen zu Experten 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. Kaum erstaunlich, dass die Psychopharmaka-Hersteller Psychoedukationsprogramme unterstützen bzw. selbst anbieten; so beispielsweise die Firma Lundbeck im Rahmen ihres Prelapse (Preventing Relapse in Schizophrenia)- Programmes.²

Mit dieser Erziehung der Betroffenen zu kompetenten Medikamentenschluckern geschieht in psychiatrischen Kliniken und Praxen genau das, was unbedingt vermieden werden müsste. Wissen doch alle, die sich um das Thema kümmern, dass psychotische Symptome sogar unbehandelt verschwinden können. Dies gilt sowohl für „Manien“ – da gehört es geradezu zur Definition der „Krankheit“ – wie auch für „Schizophrenien“. Und psychotherapeutisch ausgerichtete, psychopharmakafreie Behandlungskonzepte der „Schizophrenie“ sind einer Psychopharmakotherapie überlegen bzw. haben die bessere Prognose. Das konnte wiederholt gezeigt werden (Goldblatt, 1995a, 325ff; Karon 1989, 105ff; Mosher 1985, 105ff; Perry 1980, 193ff) Dasselbe gilt auch für die unipolare Depression (Steinbrueck 1983, 856ff). Im übrigen darf nicht vergessen werden, dass psychotische Zustände zu den normalen Möglichkeiten menschlichen Erlebens und Reagierens gehören (vgl. Bock 1999, 29, 346, Klappentext; Dittrich 1987, 35ff; Freud 1994, 91; Rufer 1998, 531f; 51f/76; Simoes, 1996, 103ff). Sie können als aussergewöhnliche Bewusstseinszustände oder als (psychotische) Regression verstanden werden. Aussergewöhnliche Bewusstseinszustände (ABZ) bzw. veränderte Wachbewusstseinszustände (VWB) – klinisch nicht zu unterscheiden von der akuten paranoiden Schizophrenie – sind bei jedem Menschen u.a. durch Reizentzug (sensorische Deprivation), Fasten, Schlafentzug, Hyperventilation oder die Einnahme von Halluzinogenen auszulösen (vgl. Dittrich 1987, 35ff, Simoes 1996, 103ff).

Jung, erfolgreich und gesund – oder „psychisch krank“

Angst begleitet die heutigen Menschen auf ihrem Lebens- und Berufsweg. Es gibt keine gesicherten berufliche Karrieren mehr. Nur kurzfristige Arbeitsverhältnisse werden mehr und mehr angeboten. Flexibilität und Mobilität sind gefordert. Berufliches Scheitern droht nicht mehr ausschliesslich den Unterprivilegierten, sondern auch der Mittelschicht. Das verhindert eine gefestigte Berufsidentität. Der Verlust von Arbeit führt nicht nur zu finanziellen Schwierigkeiten, sondern geht oft auch mit einem Rollen- und Prestigeverlust einher, was natürlicherweise die psychische Befindlichkeit verschlechtert und die Handlungsfähigkeit beeinträchtigt. Doch nicht nur das: Schon nur die Angst vor Arbeitsverlust führt verständlicherweise zu einer Abnahme der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Viele Menschen fühlen sich heute schlecht, entmutigt, hoffnungslos.

Psychisches Leiden wird heute als beschämend, als verwerflich erlebt. Als Norm gilt seit dem Beginn der 1990er Jahre der erfolgreiche, gesunde, das Leben geniessende Mensch. Jung, schön und erfolgreich hat Frau oder Mann zu sein, nicht depressiv. Doch kaum jemand erreicht diese vorgegebenen Ideale. Auf den ersten Blick sieht es so aus, als würde das einigen gelingen. So vergleichen, bewerten und kontrollieren sich die heutigen Menschen selbst und verstehen sich bereits beim geringste Unbehagen als „psychisch krank“ und erachten ihr Elend als selbstverschuldet. Sie denken nicht an die notwendige Veränderung der gesellschaftlichen Situation,

sondern nur an eine Behandlung, die ihnen dazu verhilft, wieder „normal“ zu werden. Doch die Medizinalisierung auch schon von kleinsten Abweichungen der erwarteten und erwünschten Befindlichkeit wirft diese Menschen heute auf sich selbst zurück und verhindert damit politische Aktivitäten.

Der zunehmenden Psychiatisierung der Bevölkerung scheinen keine Grenzen gesetzt. So fanden im März 2004 Zahlen aus einem Arbeitsdokument des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (2003) grosse Beachtung in den Massenmedien. Dort wird festgehalten, dass etwa die Hälfte der Menschen ein- oder mehrmals im Verlaufe des Lebens von ernsthaften psychischen Störungen betroffen sei.³ Es bestätigt sich einmal mehr, dass die Psychiatrie eine Doppelfunktion hat:

Nicht nur soll sie psychisch leidenden Menschen helfen und sie möglichst heilen, sondern sie hat auch eine Ordnungsfunktion bzw. übt soziale Kontrolle aus. (Das unterscheidet sie von den übrigen Spezialgebieten der Medizin.) Am deutlichsten zeigt sich dies darin, daß PsychiaterInnen befugt sind, Zwang und Gewalt anzuwenden. Die Instrumente, die zur Verfügung stehen, sind die Zwangseinweisung und die Zwangsbehandlung. Es handelt sich um Gewalt, die im staatlichen Auftrag ausgeübt wird; sie rückt die Psychiatrie in die Nähe der Polizei (Finzen 1993a, 16; Wienberg 1997, 17). Die Ordnungsfunktion der Psychiatrie wird kaum wahrgenommen, kann die Anwendung von Gewalt doch leicht als Hilfe und bestmögliche Behandlung ausgegeben und damit verschleiert werden. Doch nicht nur durch ihr gewalttätiges Handeln hat die Psychiatrie diese Ordnungsfunktion inne; schon bereits die Tatsache, daß es die Psychiatrie als Institution gibt und ihre Ideologie in den Medien verbreitet wird, hat immense Auswirkungen. Letztlich dient psychiatrisches Handeln und auch alles, was darüber bekannt wird, immer der Erhaltung des gesellschaftlichen Status quo bzw. der herrschenden Verhältnisse.

Die Diagnose macht alles klar

Der Psychiater stellt die Diagnose (beispielsweise „Depression“ oder „Schizophrenie“), und damit scheint allen alles klar. Wie aber entsteht die Wirkungsmacht der Diagnose? Sie hat rituelle Bedeutung: „Rituale wirken angenehm vereinfachend und entlastend. Zugleich blockieren sie aber das selbständige 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, haben einen entlastenden Effekt.“ (Erdheim 1998, 36)

Eine Diagnose kann vom Psychiater nur gestellt werden, wenn psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Leidenszustände als Krankheiten definiert werden. Die Verwendung des Krankheitsbegriffs prägt und bestimmt die Psychiatrie. Auszugehen ist vom therapeutischen Dreieck (Erdheim 1988, 68). Es besteht eine Abhängigkeit zwischen Arzt, Patient

und Krankheits-Begriff. Die in der Gesellschaft gültige Auffassung über die psychischen Krankheiten bestimmt die Beziehung zwischen den PsychiaternInnen und ihren PatientInnen. Und die Form und der Verlauf dieser Beziehung bestätigen wiederum den Krankheits-Begriff. Die Beziehung zwischen Psychiater und Patient reproduziert täglich die ihr entsprechenden Krankheitsvorstellungen und damit die dazugehörigen Symptome. Davon wiederum wird die Legitimation dieser Beziehung abgeleitet. Doch der Psychiater ist ja nicht nur behandelnder Arzt, er überprüft auch wissenschaftliche Hypothesen, Theorien und Modelle. Solange er die Arzt-Patient-Beziehung nicht verändert und den mit ihr verbundenen Krankheitsbegriff in Frage stellt, kann er nichts anders, als seine Grundannahmen bestätigen. Er bewegt sich in einem ihm als geläufig und selbstverständlich erscheinenden, traditionellen Denkmodell und ist sich nicht bewusst, dass er immer nur das denkt, was er vorschriftsgemäss denken muss (Erdheim 1988, 178).

Es zeigt sich, dass die Diagnostik einen zentralen Stellenwert für das Funktionieren der Psychiatrie einnimmt. Die psychiatrische Diagnostik dient unter anderem der Rechtfertigung psychiatrischer Eingriffe, die gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden können. Wer eine Diagnose stellt, übt Macht aus (Seidel 1997, 33). Denn eine psychiatrische Diagnose hat viel dramatischere Auswirkungen als die nüchterne Benennung der bestehenden Problematik – beispielsweise Konflikte in der Partnerschaft, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes usw. -, die die aktuelle Krise auslöste. Der Mensch in seiner Einzigartigkeit geht verloren, wird ausgelöscht. Gleichzeitig entsteht er neu – es wird ihm eine neue, „kranke“ Identität zugeschrieben. Diagnosen wie „Schizophrenie“ und „Manie“ bedeuten den sozialen Tod des Menschen. Mit dem Verweis auf die biologische Natur der festgestellten Störungen gehen die PsychiaterInnen der Verantwortung für die Konsequenzen ihres Handelns aus dem Weg.

Interessant auch, was über Diagnosen in der psychiatrischen Fachliteratur zu lesen ist. Zu beachten ist dabei, dass die psychiatrische Fachliteratur einen Bereich darstellt, in dem sich die PsychiaterInnen unter sich wännen. Effektiv ist die Scheu von Laien, sich an diese Texte heranzuwagen, nach wie vor gross. Und das gilt selbstverständlich genauso für die Diagnostik wie für die Psychopharmakologie. Es herrscht Respekt, ja Unsicherheit und Angst, schliesslich ist potentiell jede und jeder in Gefahr, irgendwann als psychisch „krank“ diagnostiziert zu werden. Die PsychiaterInnen gelten als die Experten, die den „Wahnsinn“ beziehungsweise die „Geisteskrankheiten“ sogar dann, wenn sie noch nicht ausgebrochen sind, diagnostizieren können. Die Psychiatrie ist mit einem Tabu belegt: „Wo man nicht weiter zu fragen wagt oder nicht einmal auf den Gedanken kommt, hat man es mit einem Tabu zu tun.“ (Mitscherlich 1977, 111) Das Tabu reguliert die Einstellung und das Verhalten zu einem Sachverhalt, wie das eine sehr mächtige Autorität, die keinen Widerspruch duldet, zu halten pflegt; es führt zu einer Denkhemmung. Damit wird Erkenntnis verhindert. Der Gehorchende bleibt in der Position eines Kindes, das nicht fragen darf.

Diese Überlegungen erklären den gesellschaftlichen Schonraum, in dem sich psychiatrisches Handeln bewegt. Gleichzeitig wird dadurch die Selbstsicherheit der PsychiaterInnen verständlich: Wer sie kritisiert, gerät schnell ins gesellschaftlichen Abseits. Dabei ist das Verständnis der Psychopathologie wie auch der Psychopharmakologie intellektuell keineswegs anspruchsvoll. Die Barriere, die Laien den Zugang zur Fachliteratur verbaut, ist rein emotionaler Natur.

Psychiatrische Diagnosen also sind Konstrukte, abhängig vom Menschen- und Weltbild derjenigen, die sie entwerfen. Steinert bezeichnet die Schizophrenie, die bekannteste und wichtigste Diagnose, die die Psychiatrie kennt, als die „fiktive, abstrahierte Idee einer Krankheit“. (1998, 3) Eine Idee, die sich durchaus verändern kann: „In den letzten hundert Jahren hat sich das Schizophrenie-Konzept mindestens dreimal grundlegend verändert.“ (Hell 1998, 51) Psychiatrische Diagnosen sind vorerst einmal Begriffsapplikationen, meist Kunstworte; sie werden zu Etiketten, die den Blick des Diagnostikers prägen. Psychiatrische Diagnosen sind Konventionen, Konzepte, Sehmuster oder Vorstellungen, deren Verhältnis zur vermuteten Wirklichkeit offen ist. Diagnosen sind auch Lehrtraditionen. Scharfetter nennt sie „autoritäre, dogmatische Setzungen“ (Scharfetter 1987, 20). Die diagnostischen Leitbilder „erwirbt der einzelne im Sozialisationsprozess seiner Professionalisierung zum Experten, stülpt sie der Polymorphie des Vorfindbaren wie Kuchenformen über, selektioniert und abstrahiert dabei also von der lebendigen Vielfalt – und „findet“ das, was er sucht.“ (Ebd.) Die autoritätsgläubige Stimmung in der Psychiatrie führt dazu, auch zu sehen, was der Meister sah und es gleich zu benennen. „Übereinstimmung ist das Mass der Ergebenheit, krass formuliert: der Non-Originalität des Sehens.“ (Ebd.) Damit wird deutlich, was psychiatrische Diagnosen sind: Konstruierte Gegebenheiten, deren Existenz nicht wissenschaftlich gesichert ist.

Eine psychiatrische Diagnose vermag neben den Erwartungen der professionellen und der privaten Kontaktpersonen auch das Erleben der Betroffenen selbst massgeblich zu beeinflussen. Psychiatrische Diagnosen werden damit zu sozialen Rollen; die Identifikation mit diesen Rollen macht leidende oder störende Menschen beispielsweise zu „echten Schizophrenen“, die sich dann genauso verhalten, wie das von ihnen erwartet wird.

Wie zur Bestätigung des offensichtlichen Unwissens im Bereich der Psychiatrie schreibt der Sozialpsychiater Asmus Finzen: „Schizophrenie ist eine unverstandene psychische Störung.“ (1993b, 9) Und Daniel Hell kommt in seinem Artikel „Gibt es die Schizophrenie?“ zum Schluss, „dass es *die* schizophrene Erkrankung so nicht gibt.“ (1998, 51ff).

Kaum etwas wissen die PsychiaterInnen also über das „Rätsel Schizophrenie“ – so der Titel des Buches von Heinz Häfner (2000) – und dennoch machen sie dramatisierende Aussagen über ihr Lieblingskonstrukt: So schreibt die Psychiaterin Nancy Andreasen: „Die Schizophrenie ist vermutlich die grausamste und verheerendste der verschiedenen psychischen Erkrankungen.“ (2001, 234) Und Wulf Rössler im Schweizer Fernsehen

über die Schizophrenie: „Es ist eine ganz schwere, seelische Erkrankung, die über die Krankheit hinaus für die Betroffenen ganz dramatische Auswirkungen hat.“⁴ Dabei ist in der Fachliteratur unbestritten, dass der Verlauf der „Schizophrenie“, entgegen der früher geltenden Lehrmeinung, günstig ist. Dies das Resultat aus drei Verlaufsstudien (zwei davon, diejenige von Manfred Bleuler und diejenige von Ciompi und Müller, wurden in der Schweiz durchgeführt). „Zusammen haben sie über tausend Patienten über einen Zeitraum von 22 bis 37 Jahren nachuntersucht. Sie stimmen in ihren Ergebnissen und Schlussfolgerungen in bemerkenswerter Weise überein“ (Finzen 1993b, 124): Ein Drittel der Kranken war geheilt, ein Drittel deutlich gebessert und ein weiterer Drittel chronifiziert. „Fasst man Geheilte und deutlich Gebesserte zusammen, heisst das, dass der Verlauf bei zwei Drittel sehr günstig oder günstig war.“ (Ebd.) In diesen Studien wurden nur Betroffene erfasst, die mindestens einmal psychiatrisch hospitalisiert gewesen waren. Da besonders günstige Verläufe gar nicht hospitalisiert oder auch gar nicht erkannt werden, betont Finzen: „Der Verlauf der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ist also mit hoher Wahrscheinlichkeit noch günstiger, als jene drei Langzeituntersuchungen das ohnehin schon nahelegen.“ (Ebd.)

Auch noch berücksichtigt werden muss, dass laut Sozialpsychiater Luc Ciompi die Zukunftserwartungen der Familie, der Betreuer und des Patienten selbst die Prognose von Chronischkranken am deutlichsten bestimmen (1980, 241). Er ist der Auffassung, dass die „chronische Schizophrenie“ sehr wohl ein Artefakt sein könnte (ebd., 246). Zudem tragen auch die intellektuell und emotional beeinträchtigenden Folgen der Langzeitverordnung von Neuroleptika zur Chronifizierung bei. Die „Grausamkeit“ bzw. ungünstige Verläufe der „Schizophrenie“ können somit als iatrogenes Phänomen verstanden werden. Aussagen, wie sie Andreasen und Rössler machten, vermögen als sich selbst erfüllende Prophezeiungen (Watzlawick, 1981, 91ff) den Verlauf und die Prognose von „Schizophrenien“ negativ zu beeinflussen.

Die PsychiaterInnen setzen sich für die Früherkennung der gefährlichen „schizophrenen Psychosen“ in der Hausarztpraxis ein. So können die Betroffenen früh mit Psychopharmaka behandelt werden. Zu diesem Zweck wurde u.a. das Swiss Early Psychosis Project (SWEPP) ins Leben gerufen. Dies obschon offen zugegeben wird, dass die Symptome, nach denen gesucht werden soll, unspezifisch sind (Simon 2001). Noch fragwürdiger als eine psychiatrische Diagnose wie die „Schizophrenie“ ist selbstverständlich die Diagnostik der unspezifischen Prodromalphase dieser Erkrankung. Im März 2001 begann SWEPP eine landesweite Fortbildung für Hausärzte. Dieses Fortbildungsprogramm wurde finanziell unterstützt durch Eli Lilly (Suisse) S.A. (www.swep.ch/projekte/index.asp). Eli Lilly ist u.a. Hersteller des Neuroleptikums Zyprexa.

Wer psychiatrische Diagnosen stellt, der stützt sich heute auf eines der beiden anerkannten Klassifikationssysteme psychischer Störungen: Die ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) wird von der

Weltgesundheitsorganisation, das DSM (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) von der Vereinigung der US-amerikanischen Psychiater herausgegeben. Im vielbeachteten vierbändigen Werk „Psychiatrie der Gegenwart“ findet sich die Aussage, „dass Klassifikationen psychischer Störungen Konventionen, also Ausdruck des Wissens und der Überzeugung einer Gruppe von Psychiatern zu einem bestimmten Zeitpunkt sind und sich schnell wandeln können.“ (Helmchen 1999, VII) Andreasen spricht von einer relativ willkürlichen Auswahl der Merkmale und Symptome, die vorhanden sein müssen, um eine Diagnose zu stellen. Dann fährt sie fort: „Die Diagnosen selbst sind ebenfalls willkürlich.“ (1991, 22) Aufschlussreich ist, was der Psychiater Volker Dittmann von diesen Klassifikationssystemen hält: „Das DSM ist ein sehr amerikanisches und auch ein politisches Produkt. Ich darf es so offen sagen, weil ich einer der vielen ‚Väter‘ eines diagnostischen Konkurrenzproduktes bin, nämlich des Klassifikationsschemas der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10). Ich weiss also, wie solche Diagnosehandbücher entstehen und welche Partialinteressen bei ihrer Formulierung gegeneinander abgewogen werden.“ (Dittmann 1996, 35)

Konstrukte, Fiktionen, Konventionen, politische Produkte: So bezeichnen anerkannte Vertreter der Schulpsychiatrie Diagnosen bzw. die Diagnosesysteme, die diese Diagnosen definieren. Und dennoch wird unbeirrt und sogar in zunehmendem Ausmass am Mythos der Vererbung der „Schizophrenie“, „Manie“ und von weiteren „Geisteskrankheiten“ festgehalten. Unfassbar! ⁵

Flächendeckende Abgabe von fragwürdigen Psychopharmaka

Mit der Diagnose wird die Behandlung der Störung mit Psychopharmaka zu einer zwingenden Selbstverständlichkeit: „Depressive“ brauchen Antidepressiva, „Schizophrene“ Neuroleptika. Kaum jemand wagt das heute noch anzuzweifeln. So ist denn, was die Verwendung von Psychopharmaka angeht, die Situation nur allzu klar: Möglichst alle Psychiatrie-PatientInnen sollen mit Psychopharmaka behandelt werden. Zudem wird zunehmend höher dosiert. Vor allem im akuten Stadium bestimmen hohe Dosierungen weitgehend die Behandlungen. So haben sich beispielsweise Standarddosierungen des häufig verwendeten Neuroleptikums Haloperidol zwischen den 1960er bis zum Beginn der 1990er Jahre verzehnfacht (Finzen 1998b, 195). Bei Therapieresistenz wird oft mit sehr hohen Dosierungen versucht, trotz allem doch noch einen Effekt zu erzwingen. Und es wird lange, möglichst lebenslang behandelt. In zunehmendem Ausmass werden bei Betroffenen, die als „schizophren“, „manisch“ oder „depressiv“ diagnostiziert wurden, Langzeitbehandlungen angestrebt. Es kann deshalb nicht überraschen, dass der Umsatz der Psychopharmaka am Zunehmen ist.

So hat sich der Umsatz im Handel mit Antidepressiva im letzten Jahrzehnt in der Schweiz versiebenfacht (Pflume 2003). „Mittlerweile haben in der Schweiz Medikamente zur Behandlung des zentralen Nervensystems

einen Umsatz von 583 Millionen Franken erreicht. Ihr Marktanteil von 16 Prozent im Jahre 2002 wurde nur noch von Herz-Kreislauf-Medikamenten mit 17 Prozent knapp übertroffen.“ (Hell 2003, 79)

Dramatisch ist die Aussage der Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich, Verena Diener (SF1, 9. Februar 1999): Die Medikamentenbudgets in den psychiatrischen Kliniken haben sich im Laufe eines Jahres verdoppelt. Ganz offensichtlich sind für Psychopharmaka nahezu unbegrenzte finanzielle Mittel vorhanden, obwohl im Gesundheitswesen zunehmend gespart wird. Das ist selbstverständlich nicht nur ein fachlicher, sondern auch ein politischer Entscheid.

Die umfassendsten und sorgfältigsten Untersuchungen über die therapeutische Wirkung von Psychopharmaka wurden mit Antidepressiva durchgeführt. In Anbetracht des immensen Konsums von Antidepressiva und den Milliardenumsätzen muss es sogar diejenige, die der heutigen Wissenschaft und der Pharmaindustrie gegenüber skeptisch eingestellt sind, überraschen, dass in der Fachliteratur mit Leichtigkeit qualifizierte und kompetente Arbeiten zu finden sind, die die Wirksamkeit der Antidepressiva grundlegend in Frage stellen.⁶

Vorerst muss festgehalten werden, dass Therapieresistenz das grosse Problem für diejenigen ist, die Antidepressiva verabreichen. Laut der überzeugten Psychopharmaka-Befürworterin Brigitte Woggon ist die Erfolgsrate für das erstverordnete Antidepressivum bei schweren Depressionen bzw. bei hospitalisierten depressiven PatientInnen fünfzig Prozent (Pöldinger 1993, 182, Woggon 1998, 35). Dementsprechend wird übrigens der Elektroschock nach wie vor als die beste und wirkungsvollste Behandlung der endogenen Depression betrachtet (Sackheim 1994, 501). Doch auch bei jeder zweiten stationär aufgenommenen depressiven Patientin, die ausschliesslich mit einem Placebo behandelt wurde, stellte sich innerhalb von zwei bis sechs Wochen eine deutliche Besserung ein (Zehentbauer 1992, 150). Ferner zeigten verschiedene weitere Untersuchungen, dass Antidepressiva nicht wirksamer waren als Placebos (Zehentbauer 1992, 150; Breggin 1983, 178; Breggin 1994, 56; Möller 1991, 44f). Placebos führten mitunter bei bedeutend mehr als der Hälfte der Versuchspersonen zu einer Besserung ihrer Depression. In einigen Studien kam es sogar in annähernd 90 Prozent der Fälle zu einer Besserung (Breggin 1994, 37). Das alles spricht gegen eine bessere therapeutische Wirkung der Antidepressiva. 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 – ist. Und dabei darf nicht vergessen werden, dass ein Medikament nur dann eingesetzt werden dürfte, wenn seine therapeutische Wirkung diejenige von Placebos übertrifft.

Um die Frage nach der therapeutischen Wirkung der Antidepressiva weiter zu klären, geht es um die Beurteilung der vielen Studien, in denen die Wirkung von Antidepressiva mit derjenigen von Placebos verglichen wird, der Studien also, auf die sich die Anwender stützen. Und da zeigt es sich,

dass es bis jetzt nicht gelungen ist, eine bessere Wirkung der Antidepressiva nachzuweisen. Seymour Fisher und Roger Greenberg von der New York State University haben sich um die Aufdeckung dieses Sachverhaltes verdient gemacht. Irving Kirsch von der Universität von Connecticut und Guy Sapirstein vom Westwood Lodge Hospital in Needham (USA) argumentieren ähnlich wie Fisher und Greenberg (Kirsch, 1998, 12; vgl. Rufer 2001, 230ff). Hier dazu nur soviel: Um die Wirkung von Medikamenten mit derjenigen von Placebos zu vergleichen, müssen Doppelblindversuche durchgeführt werden. Sowohl die Versuchspersonen, diejenigen, die die Substanzen verabreichen, wie auch die Experten, die deren Wirkung beurteilen, dürfen nicht wissen, wer den Wirkstoff (das Verum) und wer ein Placebo erhalten hat. Denn sowohl die Versuchspersonen wie auch die Experten⁷ überschätzen regelmässig die Wirkung des Verums, so sie denn wissen, wer es zu sich genommen hat. Nun haben Antidepressiva im Gegensatz zu Placebos deutliche, leicht festzustellende, biologisch ausgelöste Nebenwirkungen. Doppelblindversuche sind also keineswegs blind. Das führt dazu, dass die aktiven Wirkstoffe (bzw. die Antidepressiva) im Vergleich mit Placebos tendenziell immer zu positive Resultate erzielen.

Bis heute ist demnach die therapeutische Wirksamkeit von Antidepressiva nicht wissenschaftlich verlässlich geklärt. Und diese Beurteilung gilt nicht nur für Antidepressiva, sondern für alle Psychopharmaka, d.h. auch für Neuroleptika, Tranquilizer und mood stabilizer (Fisher 1993 ,348; Fisher 1989, 29). Die möglichen schädlichen, zum Teil sogar tödlichen Wirkungen der verschiedenen Psychopharmaka dagegen sind mittlerweile allgemein akzeptiert und in jedem Psychopharmaka-Therapielehrbuch nachzulesen. Fisher und Greenberg kommentieren ihre Befunde mit der Feststellung, „that biological psychiatry is swimming in uncertainty.“ (Fisher 1989, 323). So bleibt das Wissen unangefochten, dass Psychopharmaka keine spezifische Wirkung haben. Sie können bestenfalls Symptome unterdrücken oder wegämpfen, sie sind jedoch in keiner Weise in der Lage, die Ursache der Störung gezielt auszuschalten, wie das beispielsweise Antibiotika bei bakteriellen Infekten im günstigen Fall zu tun vermögen. So sind die Wirkungen von Neuroleptika, u.a. Müdigkeit, Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des Gedächtnisses, Dämpfung der Gefühlswahrnehmung bei psychisch gesunden Menschen genauso zu beobachten wie bei denjenigen, die als „schizophren“ diagnostiziert wurden.

Der Patientensuizid – ungelöstes Problem in der Psychiatrie

Selbstgefährdung ist der häufigste Grund für Einweisungen in psychiatrische Anstalten. Zudem wird zur Begründung von zwangsweisen Hospitalisationen sehr oft Selbstgefährdung angegeben. Wer mit seiner Einweisung nicht einverstanden ist, der wehrt sich. Wer sich aber wehrt, der wird vorerst einmal mit Neuroleptika „ruhiggestellt“. Zur Behandlung der Depression erhalten Menschen, die als selbstmordgefährdet gelten, praktisch immer Antidepressiva.

Wenn PsychiaterInnen schon das Recht beanspruchen, Menschen wegen Selbstgefährdung zwangsweise zu hospitalisieren und zu behandeln, dann sollte man meinen, dass sie mit ihren Therapien besonders erfolgreich sind. Doch das trifft in keiner Weise zu. Selbstmorde ihrer PatientInnen sind eines der ungelösten Probleme der Psychiatrie: Seit dem Beginn der 1950er Jahre haben die Selbstmorde von Anstaltsinsassen und von PatientInnen in den ersten Monaten nach der Entlassung deutlich zugenommen, und dies sogar weitaus stärker als die Zunahme der Suizide in der Gesamtbevölkerung (Reimer 1986,157; Ernst 1979,36; Finzen 1988, 11/12). Die vielen Toten sind nicht einfach eine statistische Grösse. Es handelt sich um Menschen, die die überlebenden Insassen gekannt haben; das Wissen um ihren Tod belastet ihr Leben, macht es ihnen noch schwieriger, als es ohnehin schon ist: „Mit den Toten lade ich mir Schuld auf, die Schuld, nicht dabei zu sein, obwohl ich zu ihnen gehöre.“ (Kempker 2000,146)

Obschon sich die PsychiaterInnen ratlos geben, sind die Gründe, die zur steigenden Zahl der Patientensuizide führten, naheliegend. 1952 wurden Chlorpromazin (Largactil, Megaphen), das erste Neuroleptikum, und 1958 Imipramin (Tofranil), das erste Antidepressivum, eingeführt. Seither werden Neuroleptika und Antidepressiva bei einer steigenden Zahl von PatientInnen in immer höherer Dosierung eingesetzt. Beide Medikamentengruppen weisen als klar deklarierte Nebenwirkung Suizidalität auf. Bei den Neuroleptika wird in den Fachbüchern von der pharmakogenen Depression gesprochen, die mit einer Zunahme der Tendenz, Selbstmord zu begehen, verbunden ist. Die Akathisie – die mit einer unerträglichen inneren Spannung und Unruhe verbundene Bewegungsunruhe – ist bei den Konsumentinnen beider Psychopharmakagruppen zu beobachten. Sie kann derart quälend werden, dass sie Suizidhandlungen auslöst – und dies wohlverstanden auch bei Menschen, die zuvor weder jemals suizidal gewesen sind noch Selbstmordversuche durchgeführt haben.

Dazu ist festzuhalten, dass die Psychiatrieprofessoren Benkert und Hippus in ihrem Buch „psychiatrische Psychopharmakotherapie“ (1992, 84ff) für verschiedene Antidepressiva Suizidalität als Kontraindikation angeben, so u.a. für die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetin (Prozac, Fluctine), Fluvoxamin (Fevarin, Floxyfral) und Paroxetin (Deroxat, Seroxat) sowie bei den Standardantidepressiva Imipramin (Tofranil), Dibenzepin (Noveril) und Clomipramin (Anafranil). Dass Antidepressiva problematische Medikamente sind, ist inzwischen nicht nur Insiderwissen. Paroxetin (Deroxat, Seroxat, Paxil) gehört zur hochgelobten Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Das „Irish Medicines Board“ hat 2002 gefordert, dass die Packungsbeilage von Seroxat explizit auf die mit dem Konsum dieser Substanz verbundene mögliche Suizidgefahr warnen müsse (Bächtold 2003, 32). Dasselbe forderte bereits im Jahr 2001 die von der Regierung eingesetzte „medicines control agency“ in England für sämtliche Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Harriman 2001). Und nun warnen in den USA und England die Behörden von der Verschreibung von SSRI an Kinder und Jugendliche (Meier 2004, 65).

Festzustellen ist, dass die Hersteller von Medikamenten dieser Gruppe nach wie vor enorme Gewinne erzielen. Im Jahr 2000 war Prozac (in der Schweiz: Fluctine) weltweit das Psychopharmakon mit dem grössten Umsatz, Seroxat folgt an zweiter und Zoloft an vierter Stelle. Mit Seroxat erzielte der britische Pharmariese Glaxo Smith Kline 2002 einen Umsatz von rund vier Milliarden Franken (Bächtold 2003).

Diese Fakten scheinen PsychiaterInnen nicht zu beeindrucken. So ist beispielsweise Thomas Schläpfer, der am Inselspital Bern tätig war, nach wie vor der Auffassung, dass schwere Depressionen aggressiv und nachhaltig mit SSRIs behandeln werden müssen (ebd). Kaum erstaunlich, denn die Verbindungen der Ärzteschaft mit der Pharmaindustrie sind eng und für beide Seiten lukrativ. So verdienen forschende PsychiaterInnen mit Studien, in denen sie die Wirkung von neuen Medikamenten an Patienten untersuchen, enorme Summen. 1998 wurden endlich Zahlen öffentlich genannt.⁸ So hat ein Pharmahersteller Otto Benkert, Psychiatrieprofessor in Mainz, pro Patient bis 6000 DM bezahlt. Für eine einigermaßen verlässliche Studie werden mehrere hundert PatientInnen benötigt. Ihr Aufenthalt in der Klinik wird übrigens meist von den Krankenkassen bezahlt und ihr Zustand ohnehin täglich in der Krankengeschichte dokumentiert.

Psychopharmaka – ein Konsumgut

Für Psychopharmaka wird geworben wie für jedes andere Konsumgut. Begonnen hat dies in grossem Stil mit der Vermarktung der beiden ersten Benzodiazepin-Tranquilizer Librium und Valium zu Beginn der 1960er Jahre. Hoffmann-La-Roche führte damals die erste moderne Marketingkampagne der Pharmaindustrie durch. Sie war derart erfolgreich, dass Valium bis 1970 zum meistverkauften Arzneimittel überhaupt und Hoffmann-La-Roche gleichzeitig zum erfolgreichsten Pharmakonzern wurde.

Die Werbung für Valium wurde zum Vorbild, und in der Zwischenzeit selbstverständlich imitiert. Prozac (Fluctine bzw. Fluctin), ein Antidepressivum, war Mitte der 1990er Jahre in sämtlichen Medien präsent und erreichte einen Bekanntheitsgrad, der demjenigen von Valium in den 1960er Jahren ähnlich war (vgl. Rufer 1995).

Wie offensiv heute Pharmamultis an ihre Kunden herangehen, macht Thomas Ebeling, Pharmachef bei Novartis, deutlich. Er richtete sich an sein Marketing- und Verkaufskader u.a. mit folgenden prägnanten „Parolen“, die er an einem Meeting in Paris an die Wand projizierte: „Do whatever it takes. Kill to win – No prisoners.“ „Spend to win.“ „Be smart, be paranoid.“ (Knechtli 2000a, 61f/ Knechtli 2000b, 25)⁹

Arbeitslosigkeit, Angst und gesellschaftliche Erklärungen

Beunruhigt verfolgten Ende der 1990er Jahre die Medien in der Schweiz die Entwicklung in den psychiatrischen Kliniken. Bereits 1998 wurde festgestellt, dass sich die Zahl der Aufnahmen in der Psychiatrischen Universi-

tätsklinik Burghölzli in Zürich seit dem Beginn der 90er Jahre verdoppelt hat. Die Zahlen der Aufgenommenen stiegen in der ganzen Schweiz weiter an: Im Jahr 2000 betrug die Zunahme im Kanton Zürich und im Kanton Basel Stadt je ungefähr 14 Prozent. Zugenommen hatte vor allem die Zahl der PatientInnen mit Depressionen. „Dass immer mehr Menschen eine psychiatrische Akutbehandlung brauchen, ist unter anderem eine Folge der wirtschaftlichen Entwicklung der letzten Jahre. Rund 80 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten sind nicht erwerbstätig. Wie Chefarzt Wulf Rössler sagte, kann Erwerbslosigkeit direkt seelische Störungen zur Folge haben; oder die psychischen Probleme treten mit vermehrtem Alkoholkonsum auf, der wiederum eine Folge der Arbeitslosigkeit ist.“ (Anderegg 1998, 19) Laut Thomas Maier, Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik Hohenegg in Meilen, hält eine wachsende Zahl von Menschen dem Druck, dem sie in der Arbeitswelt ausgesetzt sei, nicht mehr stand (Benini 2002, 31). Und für Franz Müller-Spahn aus Basel ist eine der Ursachen für die Zunahme von PatientInnen mit Depressionen die soziale Isolation, in der eine immer grössere Zahl von Menschen lebe (ebd.).

Die Schulpsychiatrie, die heute praktisch ausschliesslich auf biologische Erklärungen psychischer Erkrankungen zurückgreift und nahezu hundert Prozent ihrer PatientInnen mit Psychopharmaka behandelt, bietet hier gesellschaftliche Erklärungen für die Zunahme der Aufnahmen an. Gewisse PsychiaterInnen sind sich offensichtlich der Ordnungsfunktion ihrer Institution und Arbeit bewusst, es ist ihnen klar, dass sie letztlich Arbeitslosigkeit bzw. die berechtigte Angst davor als „Krankheiten“ diagnostizieren und medikamentös „behandeln“. Damit wird die Verbreitung all ihrer ungesicherten biologischen Hypothesen und Modelle noch fragwürdiger.

Ungefähr seit September 2002 hat die Zahl der Neueintritte in die Psychiatrie in fast allen Regionen der Schweiz wieder abgenommen (Benini 2003, 18). Und wieder wird eine gesellschaftliche Erklärung angeboten: „Die Leute haben Angst um ihre Arbeitsplätze und gehen aus diesem Grund nicht in eine stationäre Behandlung“, sagt der medizinische Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Wulf Rössler. „Wer sich um seine Stelle Sorge, zeige den anderen lieber nicht, dass er Probleme habe – so erklärt ein anderer Psychiater die rückläufigen Patientenzahlen.“ (Ebd.)

Diese PsychiaterInnen fühlen sich offensichtlich so selbstsicher und in ihrer Machtposition unanfechtbar, dass sie sich nicht davor scheuen, in ihren Erklärungen den Widerspruch zwischen ihren biologistischen Grundannahmen und dem gesellschaftlichen Hintergrund der Problematik öffentlich zu machen.

Anmerkungen

- 1 Psychiatriekritisches Denken und explizit antipsychiatrische Positionen werden heute praktisch nur noch von unabhängigen Psychiatriebetroffenen vertreten, wobei in den letzten Jahren die Erfahrungen in antipsychiatrischen Praxisprojekten wie z.B. dem Weglaufhaus in Berlin (Kempker 1998) zur qualitativen Weiterentwicklung antipsychiatrischer Theorie führte (Lehmann 2001, 264ff). In Europa repräsentiert das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (www.enusp.org) die unabhängigen und demokratisch strukturierten Verbände von Psychiatriebetroffenen; es versucht, sich durch mannigfaltige Aktivitäten Gehör zu verschaffen und ist mittlerweile eine politisch ernstgenommene Organisation, die z.B. die WHO oder die Europäische Kommission berät (vgl. Roth 2004).
- 2 www.lundbeck.at/doctors/prelapse.
- 3 Gegenwärtig leiden rund vier Millionen Menschen in Deutschland an Depressionen. Betroffen sind auch 640 000 Kinder und Jugendliche (Silvanus 2004).
- 4 Gesundheitssprechstunde: SF2, 2.12.2001. Klinikdirektor Rössler machte diese Aussage in Anwesenheit einer Betroffenen.
- 5 Für eine umfassende Kritik des für die Psychiatrie heiligen Mythos der Vererbung fehlt hier der Platz (vgl. Rufer 2001, 225-268).
- 6 So widmete die Zeitschrift *Prevention & Treatment*, herausgegeben von der American Psychological Association Vol. 1, June 26, 1998 und Vol. 5, July 15, 2002 dem Thema. Ungezählte Artikel finden sich darin mit Verweis auf weitere grundlegende Arbeiten. *Prevention & Treatment* kann gebührenfrei im Internet eingesehen werden unter <http://www.journals.apa.org/prevention/>
- 7 Die Experten sind nämlich voreingenommen. In der Fachliteratur wird von „bias“ gesprochen (Fisher 1993, 347).
- 8 Im Dokumentarfilm von Silvia Matthies „Experimente an wehrlosen Patienten“, der am 2.4.1998 in der ARD und am 3.11.98 ergänzt und überarbeitet vom Sender Bayern 3 ausgestrahlt wurde.
- 9 So braucht es denn niemanden zu erstaunen, dass Studien, die nicht die gewünschte Wirkung von Psychopharmaka ergeben, immer wieder unterschlagen werden; sie lassen sich schließlich weder verkaufsfördernd verwerten, noch dienen sie der Karriere der beteiligten Forscher (vgl. Rufer 2001, 236). Dem Tages-Anzeiger war die Tatsache, dass Studien nicht publiziert wurden, in denen für Antidepressiva bei Kinder und Jugendlichen nicht die erwünschte Wirkung gefunden wurde, ein Frontseitenartikel wert (Bächtold 2004,1). Wichtig, dass inzwischen darüber ein breites Publikum informiert wird.

Literatur

- Anderegg, Susanne, 1998: Immer mehr psychiatrische Notfälle. In: Tages-Anzeiger, 24.4., Zürich
- Andreasen, Nancy, C, 2001: *Brave New Brain*. Berlin, Heidelberg, New York
- Andreasen, Nancy, C, 1990: *Das funktionsgestörte Gehirn*. Weinheim, Basel
- Andreasen, Nancy C. /Black,D.W. , 1991: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Weinheim
- Bächtold, Daniel, 2004: Antidepressiva: Wichtige Studien wurden nicht veröffentlicht. Tages-Anzeiger, 27.4., Zürich
- Bächtold, Daniel, 2003: Gefährliche Wirkung des Antidepressivums. Tages-Anzeiger, 13.8., Zürich
- Benini; Francesco, 2003: Aus Jobangst nicht zum Arzt. NZZ am Sonntag, 18.5., Zürich
- Benini, Francesco, 2002: Die psychiatrischen Kliniken in der Schweiz sind so voll, dass sie sich mit Notbetten behelfen müssen. NZZ am Sonntag, 14.4., Zürich

- Benkert, Otto / Hippus, Hanns, 1992: Psychiatrische Psychopharmakotherapie. Berlin, Heidelberg, New York
- Bock, Thomas, 1999: Lichtjahre. Psychosen und Psychiatrie. Bonn
- Breggin, Peter R. / Breggin, Ginger Ross, 1994: Talking Back to Prozac. New York
- Breggin, Peter, 1983: Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain. New York
- Ciampi, Luc, 1980: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? – Argumente und Gegenargumente. Fortschr. Neurol. Psychiat. 48
- Dittmann, Volker, 1996: In: Psychologie heute. April
- Dittrich, A. und Scharfetter, C., 1987: Phänomenologie aussergewöhnlicher Bewusstseinszustände. In: Dittrich, A. & Scharfetter, C. (Hrsg.) Ethnopsychotherapie. Stuttgart
- Eink, Michael (Hg.), 1997: Gewalttätige Psychiatrie. Bonn
- Erdheim, Mario, 1998: Wieviel Rituale braucht der Mensch? In: unimagazin. Universität Zürich, Nr.1, April
- Erdheim, Mario, 1988: Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur. Frankfurt/M.
- Ernst, Klaus, 1979: Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken. Tatsachen, Ursachen, Prävention. In: Sozial und Präventivmedizin, 24
- Finzen, Asmus, 1998a: Das Pinelsche Pendel. Bonn
- Finzen, Asmus, 1998b : Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn
- Finzen, Asmus/ Haug, Hans-Joachim/ Beck, Adrienne/ Lüthi, Daniela, 1993a: Hilfe wider Willen. Bonn
- Finzen, Asmus, 1993b: Schizophrenie – die Krankheit verstehen. Bonn
- Finzen, Asmus, 1988: Der Patientensuizid. Bonn
- Fisch-Märki, J./Fisch, H.-U.1999: Ein intellektueller Rahmen für die Psychiatrie. Schweiz. Ärztezeitung
- Fisher, Seymour/ Greenberg, Roger P., 1993: How sound Is the Double-Blind Design for Evaluating Psychotropic Drugs? In: The Journal of Nervous and Mental Disease“
- Fisher, Seymour/ Greenberg, Roger P., 1989: The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress. Hillsdale, New Jersey
- Freud, Sigmund, 1994: Abriss der Psychoanalyse. Frankfurt/M.
- Goldblatt, David: 1995a: Die Psychose durcharbeiten. In: Bock, Thomas u.a. (Hg), 1995: Abschied von Babylon. Bonn
- Helmchen, Hanfried/ Henn, Fritz/ Lauter, Hans/ Sartorius, Norman (Hg), 1999: Psychiatrie der Gegenwart. Bd.1. Grundlagen der Psychiatrie, Berlin, Heidelberg
- Viktor Hobi, 1985: Klinische Psychologie und biologische Psychiatrie. In: Feer, Hans, 1985: Biologische Psychiatrie, Stuttgart
- Häfner, Heinz, 2000: Das Rätsel Schizophrenie. München
- Harriman, Ed, 2001: The Guardian, May 17
- Hell, Daniel, 1998: Gibt es die Schizophrenie? In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 149, 1
- Hell, Daniel/ Meyer, Peter, C, 2003: Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft. In: Neue Zürcher Zeitung, 22./23. November
- Karon, Bertram P., 1989: Psychotherapie versus medication for schizophrenia: Empirical comparisons. In: Fisher, 1989
- Kempker, Kerstin, 2000: Mitgift: Notizen vom Verschwinden. Berlin
- Kempker, Kerstin (Hg.), 1998: Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus. Berlin
- Kirsch, Irving/ Sapirstein, Guy 1998: Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication. In: Prevention & Treatment, 1, Article 0002a
- Knechtli, Peter, 2000a: Schockierende Schlachtrufe des Novartis-Pharmachefs. Sonntags-Zeitung, 20.8.
- Knechtli, Peter, 2000b: Signal der Härte. SonntagsZeitung, 3.9.
- Lehmann, Peter, 2001: Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 19. Jg., Nr. 4

- Meier, Kathrin, 2004: Bei Kindern ist sowieso alles anders. NZZ am Sonntag, 18.01.
- Mitscherlich, Alexander/ Mitscherlich, Margarete, 1977: Die Unfähigkeit zu trauern. München, Zürich
- Möller, Hans Jürgen, 1991 : Antidepressiva: gestern und heute. In: Hippius, Hanns/ Pöldinger, Walter (Hg.): Phantasie und Wirklichkeit – Fluvoxamin. Berlin/Heidelberg
- Mosher, Loren R./Menn, Alma Z., 1985: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt. In: Stierling, Helm/ Wynne, Lyman C. Wirsching, Michael (Hg), 1985: Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Berlin, Heidelberg
- Perry, John W, 1980: Psychosis as a visionary state. In: Becker, Ian F., 1980: Methods of treatment in analytical psychology. Fehlbach
- Pflume, Matthias, 2003: Editorial: Eine ziemlich verrückte Logik. Der Schweizerische Beobachter, Zürich, Nr.3
- Pöldinger, Walter/ Reimer, Christian (Hg.), 1993: Depressionen. Berlin, Heidelberg
- Reimer, Christian, 1986: Prävention und Therapie der Suizidalität. In: Psychiatrie der Gegenwart 2. Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie. Berlin, Heidelberg
- Roth, Karin, 2004: Geschichte und Entwicklung des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. Berlin
- Rufer, Marc, 2001: Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. In: Wollschläger Martin (Hg.): Sozialpsychiatrie, Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen
- Rufer, Marc, 1995: Glücksspielen. München
- Rufer, Marc, 1998: Schizophrenie. In: Grubizsch, Siegfried/Weber, Klaus: Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbeck
- Sackheim, Harald, 1994: Continuation Therapy Following ECT. In: Psychopharmacology Bulletin, 30
- Scharfetter, Christian, 1987: Definition, Abgrenzung, Geschichte. In: K.P. Kisker u.a. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart 4. Schizophrenien. Berlin, Heidelberg, New York
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003: Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Dezember, www.obsan.ch/themen/psychisch/d/index.htm
- Seidel, Ralf, 1997: In: Eink, Gewalttätige Psychiatrie, Bonn
- Silvanus, Wolfgang, 2004: Nebenwirkungen: Suizid und Amoklauf. Frankf. Rundschau, 6.4.
- Simon Andor E./Berger, Gregor E./Merlo, Marco C.G./Ferraro, François, 2001: Diagnose und Behandlung der Frühphase schizophrener Erkrankungen. Teil 1: Die Bedeutung der Früherkennung. Schweizerische Aerztezeitung 2001, Nr. 9. einzusehen auf www.rehab-infoweb.net/swapp/DE/
- Simoës, M., 1994: Das akute paranoide schizophrene Syndrom und veränderte Wachbewusstseinszustände (VBW): Ein Beitrag zur VWB-Hypothese. In: Dittrich A./Hofmann A./Leuner H. (Hrsg.) Welten des Bewusstseins. Band 3. Berlin
- Steinert, Tilman, 1998 : Das Krankheits'bild' der Schizophrenie. Psychiat. Prax. 25
- Steinbrueck, Susan M./Maxwell, Scott E./Howard, George S.,1983: A Meta-Analysis of Psychotherapy and Drug Therapy in the Treatment of Unipolar Depression. In: Journal of Consulting an Clinical Psychology, 51
- Watzlawick, Paul (Hg.), 1981: Selbsterfüllende Prophezeiungen. In: Watzlawick, Paul, 1981: Die erfundene Wirklichkeit. München, Zürich.
- Wick, Florian , Amrein Josef, 1998. In: Ars Medici, SAEM Verlag AG, Neuhausen, Nr. 17, S. 1064/65
- Wienberg, Günther, 1997: Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion: In: Eink, 1997, Bonn
- Wienberg, Günther, 2001: In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I, Bonn
- Woggon, Brigitte, 1998: Behandlung mit Psychopharmaka. Bern/Göttingen
- Woggon, Brigitte, 2000: Weltwoche, 8.6., Zürich
- Zehentbauer, Josef, 1992 : Chemie für die Seele. Frankfurt/M.