

Thema:**Atypische Depottherapie als Baustein einer modernen Langzeittherapie der Schizophrenie: wissenschaftlich-rationale und therapeutische Praxis**

Vortrag von Peter Weinmann

Symposium am Samstag, 23.4.2005, Universitätsnervenklinik Homburg

Die subjektive Seite: Erwartungen Langzeitbehandlung der „Schizophrenie“ – die Sicht der Betroffenen

Die psychiatrische Schulmedizin beschreibt seit knapp 100 Jahren eine vielschichtige Persönlichkeitsstörung mit charakteristischer Veränderung des Denkens, Fühlens und der Beziehung zur Umwelt und bezeichnet diese als "Schizophrenie".

Als Grundsymptome (Minus-Symptome) werden Störungen des Denkens (Zerfahrenheit, Gedankenabbruch, Veränderung in der Gedankenkette), der Affektivität (Gleichgültigkeit, Überempfindlichkeit, Reizbarkeit, Kontaktverlust, Ambivalenz der Gefühle) und des Erlebens der eigenen Person (Depersonalisation, Entfremdungs- und Beeinflussungserlebnisse, Persönlichkeitsspaltung) beschrieben. Zu den akzessorischen Symptomen (Plus-Symptome) gehören den Ergebnissen der psychiatrischen Forschung nach Halluzinationen (akustische, optische, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen), Wahn (Verfolgungs-, Vergiftungs-, sexueller Wahn u.a.), Sprachveränderungen (Manierismen), bizarre Ausdrucksformen, Wortneubildungen, ständige Wiederholungen. Beschrieben werden auch Störungen der Motorik und des Antriebs (Bewegungslosigkeit, Mutismus).

Die sog. Schizophrenie wird in ihrer Entstehung als multifaktoriell bezeichnet, ein genetischer Faktor soll, wie die Zwillingsforschung bewiesen haben will, beteiligt sein. In der heutigen Psychiatrie dominiert die Sichtweise, dass sie durch eine genetisch festgelegte Hirnstoffwechselstörung bedingt, also sog. endogen verursacht und nur durch Psychopharmaka zu heilen bzw. in Schach zu halten ist. Neue Studien jedoch belegen, dass Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen z.B. zu Psychopharmakawirksamkeit deutlich mit den Interessen der Auftraggeber z.B. der Pharmaindustrie korrelieren. Mehr als ein Drittel der pharmagesponserten Arzneimittelstudien wurden nie veröffentlicht. Besonders häufig werden Studien mit negativem Ergebnis (Unwirksamkeit oder Hinweis auf unerwünschte Wirkungen) nicht veröffentlicht." (Osterfeld et al., psychosoziale Umschau, 1/2005). Auch die Regelwerke der fachwissenschaftlichen Journale für Publikationen bewirken, dass sich vordringlich pharmakologisch-medizinische Wissenschaftsinteressen durchsetzen. Nicht die Qualität einer psychiatrischen Forschungsarbeit steht im Vordergrund, sondern die Häufigkeit, mit der sich die biologisch orientierten Zitier- und Publikationskartelle gegenseitig zitieren (Debus, Soziale Psychiatrie, 1/2005) Viele Betroffene dagegen erleben die krankheitszuschreibenden psychiatrischen Diagnosen ihrer besonderen Bewusstseinszustände als nicht hilfreich, sondern als perspektivlos und stigmatisierend. Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende des BPE, kritisiert das Menschenbild der Psychiatrie grundsätzlich:

„In der gesamten Medizin wird es keine Theorie geben, die sich so verhängnisvoll für uns ehemaligen und heutigen Psychiatrie-Betroffenen auswirkte und auswirkt, wie das „medizinische Krankheitsmodell“ der nicht seelisch, sondern erblich und körperlich - heute durch eine genetisch bedingte Hirnstoffwechselstörung - verursachten und daher sinnlosen und "unheilbaren" endogenen Psychosen, besonders der Schizophrenie.

Weil es Gespräche über die Inhalte der Psychosen und ihre Sinnzusammenhänge mit den vorausgegangenen Lebenskrisen der Betroffenen verhindert,

weil es den Psychopharmaka höchsten therapeutischen Stellenwert einräumt, obwohl sie nur Symptome verdrängen, aber nicht heilen können,

weil es die Betroffenen des Sinnes ihrer besonderen seelischen Erfahrungen und damit ihrer Entwicklungsmöglichkeit beraubt,

weil es die Selbsthilfekräfte blockiert und die Betroffenen ent- statt ermutigt.

Das "medizinische Krankheitsmodell" verleitet biologistisch orientierte Psychiater dazu, ihren PatientInnen zu erklären, dass sie an einer "unheilbaren Schizophrenie" leiden würden und darum ihr Leben lang Medikamente nehmen müssten. Diese entmutigende Aussicht: als "unheilbar Schizophrene" stigmatisiert lebenslang Gefühle und Initiative. Reduzierende Medikamente nehmen zu müssen, hat schon viel zu viele in den Selbstmord getrieben, die mit diesem Stigma und dieser Reduzierung nicht länger leben wollten.

Was man versteht....

...braucht man nicht zu verdrängen.“

(<http://www.rosapillenknicke.de/rypsy0101buck.htm>)

Von den Psychiatrie-Selbsthilfeverbänden wird eine Hirnstoffwechselstörung bei veränderten sog. schizophrenen Bewusstseinszuständen nicht bestritten, jedoch nicht als Ursache, sondern als Folge extremer seelischer Ausnahmezustände bzw. als deren Entsprechung auf der biologischen Ebene. Die Erfahrung vieler Betroffener ist aber, dass die Inhalte solcher Zustände in Sinnzusammenhängen mit vorausgegangenen Lebenskrisen stehen, einen meist unbewussten Lösungsversuch aus einer schwer oder unerträglich gewordenen Wirklichkeit darstellen und damit eine Bedeutung und ein Ziel haben. Eine ausschließlich chemische Unterbrechung solcher Zustände durch Psychopharmaka führt dann zu häufigen Wiederholungen des Lösungsversuchs. Eine medikamentöse Langzeitbehandlung, also Unterdrückung solcher Zustände führt folgerichtig zu Chronifizierung und Invalidität. Selbst wenn dem Betroffenen in dieser Situation die verschiedenen Möglichkeiten der Aufarbeitung der zugrunde liegenden Traumata bekannt und dieser schwierige Weg von ihm gewollt wäre, wären viele Therapiemöglichkeiten unter der starken Dauermedikation und damit verbundener unerwünschter Wirkungen schwierig bis unmöglich.

Was halten Psychiatrie-Erfahrene von atypischer Depottherapie als Baustein einer modernen Langzeittherapie?

Besonders Depotmedikamente werden von vielen Betroffenen abgelehnt. Viele berichten, dass die Spritzen zu Beginn des Intervalls unerträglich stark wirken, um dann im Verlauf bis zur nächsten Injektion in der Wirksamkeit ständig nachzulassen. Viele sehen sich als mündige Patienten, die selbst entscheiden, wann, was und wieviel Psychopharmaka sie nehmen, bzw. sie wollen vom Arzt auf ihrem Weg zur Selbstermächtigung („Empowerment“) und zum Expertentum in eigener Sache unterstützt werden. Auch die mangelnde Aufklärung von Patienten wird beanstandet, z.B. dass weder Depot noch sonstige Medikamente heilen, sondern nur Symptome

unterdrücken können (!, nicht einmal das tun sie immer, richten aber bei Langzeitgebrauch regelmäßig Schaden an wie Diabetes, Fettstoffwechselstörungen usw.). Andere kritisieren die Abhängigkeit der Psychiatrie von der Pharmaindustrie, die mit immer neuen Produkten Milliardenumsätze macht. Matthias Seibt, Diplom-Psychologe, BPE-Psychopharmakaberater kritisiert, dass sedierende Depotspritzen über den ganzen Tag hinweg wirken, also nicht den Tag-Nacht-Rhythmus unterstützen können, wie es durch abendliche Einnahme entsprechender Tabletten möglich wäre.

Natürlich gibt es auch Betroffene, die sich aus unterschiedlichen Gründen bewusst und gut informiert für eine Depotspritze entscheiden, selbstverständlich ist diesen Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen.

Grundsätzlich fordern die Psychiatrie-Erfahrenen die Möglichkeit der gleichberechtigten, partnerschaftlichen Mitbestimmung bei ihrer Behandlung (z.B. auch schriftliche Behandlungsverträge, -vereinbarungen, -absprachen). Dies beinhaltet u.a. die Wahlfreiheit zwischen mittelfristiger bzw. dauernder medikamentöser Symptombehandlung und alternativen Ansätzen ohne Psychopharmaka bzw. mit kurzfristiger Symptombehandlung im Krisen- bzw. Bedarfsfall, Therapieangeboten, die sich z.B. mit den Psychoseinhalte beschäftigen und deren Bedeutung und Ziel für das zukünftige Leben des Betroffenen erarbeiten.

Aus Betroffenenensicht bzw. deren Erfahrungswissen gibt es gute Alternativen zur atypischen Depotmedikation als Langzeittherapie.

Die effektivste Langzeitbehandlung ist die **Verhinderung von Chronifizierung, Hospitalisierung und Langzeitbehandlung durch die frühzeitige Förderung von Empowerment (Selbstermächtigung) und Selbsthilfepotentialen**. Besonders für den jungen, sog. neuerkrankten Schizophrenen von morgen können innovative psychiatrische und alternative Konzepte die Chronifizierung seiner seelischen Probleme verhindern. Langzeitbehandlungen durch Symptom-unterdrückung wären weniger häufig erforderlich. In den reformpsychiatrischen Soteriakliniken sind z.B. die Ergebnisse betreffend Rehospitalisierungsraten, "Psychopathologie", selbständiges Leben, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit signifikant besser in herkömmlichen Psychiatrien. **Therapeutische Bestandteile des Soteria-Milieus** sind u.a. positive Erwartungshaltung für die Genesung von der Psychose, Akzeptieren der Psychoseerfahrung als echt, Dabeisein (Being-with) mit den psychotischen Patienten, Normalisierung der psychotischen Erfahrung – Verständnis als Extremvariante menschlichen Erlebens, Toleranz der Mitarbeiter gegenüber extremen menschlichen Verhaltensweisen, Entwicklung von Ersatzfamilienbeziehungen, Integration der psychotischen Erlebnismuster in die Biographie und ihre Akzeptanz durch den Betroffenen, Nachbehandlung und Integration in ein gemeindepsychiatrisches Netzwerk und Rehabilitation (Machleidt, Informationsbörse Schizophrenie II, 2003). Dass an der Universitäts Klinik in Homburg eine Soteria-Abteilung geplant ist, wird aus Betroffenenensicht sehr begrüßt. Ähnliche Entwicklungen in anderen saarländischen psychiatrischen Kliniken sind aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen sinnvoll und notwendig.

Ein weiterer Baustein ist ein an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierter ambulanter und komplementärer Bereich. Bausteine zur Verhinderung von Langzeittherapie sind alternative Krisenwohneinrichtungen nach Vorbild des **Berliner Weglaufhauses**. Das ist insbesondere ein Angebot für Menschen, die ihre psychische Krise überwiegend und perspektivisch ohne Medikamente er- und durchleben möchten. Das Weglaufhaus bietet darüber hinaus einen Schutzraum, in dem der/die Einzelne die Möglichkeit zur Reflexion der persönlichen Krise hat. Das Weglaufhaus will dabei sicherstellen, dass persönliche Krisen nicht isoliert, sondern getragen durch die Gemeinschaft durchlebt werden können. Im Weglaufhaus gibt es keinen Zwang zu Medikamenteneinnahmen, keine krankheitszuschreibende Diagnosen, problemorientierte individuelle Unterstützung unter Nutzung des Erfahrungswissens Psychiatrie-erfahrener Mitarbeiter, die ihre eigenen psychischen Krisen aufgearbeitet und reflektiert haben. Hospitalisierung und psychiatrische Langzeittherapien können dadurch verhindert und reduziert werden. Eine vom LVPE Saar initiierte Weglaufhausgruppe plant die Umsetzung einer solchen Einrichtung noch in diesem bzw. nächstem Jahr.

Eine innovative Wohnform sind z.B. auch therapeutische Gemeinschaften nach dem Windhorse-Projekt. Diese Behandlungsform zur Heilung sog. chronisch schizophrer erkrankter Menschen wendet sich insbesondere an Betroffene, die in der Psychiatrie keine Fortschritte mehr machten. Grundüberzeugung für die Arbeit im Windhorse-Projekt ist, dass Körper, Geist und Raum eine Einheit bilden. Zu den äußeren Voraussetzungen gehört die gesunde Umwelt, d.h. um den/die Betroffene wird eine kleine Gemeinschaft gegründet, die therapeutische Windhorse-Wohngemeinschaft. Sie besteht zunächst aus dem/der Betroffenen und zwei gesunden MitbewohnerInnen (auch Verwandte oder FreundInnen). Um dieses Zentrum des Geschehens nehmen acht sogenannte TeamtherapeutInnen ihren Platz ein. Das oberste Ziel der Basisbetreuung ist die Synchronisation von Seele, Körper und Umwelt und die Schärfung der Wahrnehmung. Den "Verlockungen des Wahnsinns" wird die Verlockung der Wirklichkeit entgeggestellt.

Weitere Bausteine aus Betroffenenensicht sind **Informationen und leichterem Zugang zur Psychotherapie**, die Anerkennung weiterer sinnvoller psychotherapeutischer Verfahren wie z.B. systemischer, körperorientierter und transpersonaler Psychotherapie.

Das Fach- und Erfahrungswissen der Psychiatrie-Erfahrenen zeigt, dass auch bessere Informationen und **leichterer Zugang zu ergänzenden bzw. alternativen Behandlungs- und Heilmethoden** ein wichtiger Baustein bei der Verhinderung von psychiatrischer Langzeittherapie sind, z.B. TCM, Homöopathie, Pflanzenheilkunde sowie Entspannungsübungen (Autogenes Training, Yoga, progressive Muskelrelaxation), ausgewogene gesunde Ernährung, Sport etc.

Ein weiterer wesentlicher Baustein ist die **Stärkung der Selbsthilfeorganisationen, -gruppen und -projekte**, z.B. der saarländischen Anlaufstelle Psychiatrie-Erfahrener in Saarbrücken und der Psychopharmakaberatungsstelle Psychiatrie-Erfahrener in Bochum durch verlässliche finanzielle Förderung. Die wichtige Rolle der Psychiatrie-Selbsthilfe für die Betroffenen und für das Versorgungssystem belegt aktuell das im Psychiatrie-Verlag erschienene Buch „Selbsthilfe Macht Gesundheit“ von Prof. Hellerich, Soziologe, Uni Bremen.

Zum Abschluss möchte ich von meinen eigenen Erfahrungen als sog. Langzeitpatient berichten.

Zwischen 1989 und 1999 war ich ungefähr 10 mal wegen Diagnosen aus dem sog. schizophrenen Formenkreis in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Die Langzeittherapien, die mir geholfen haben, musste ich mir selbst organisieren, die stationären psychiatrischen Einrichtungen begegneten mir dabei als Hindernisse oder Bedrohung anstatt als Hilfsangebote. Anfang bzw. Mitte der 90er Jahre beschäftigte ich mich in zwei analytisch orientierten Gesprächstherapien mit meiner inneren Zerrissenheit, die durch meine Biographie, durch die gesellschaftlichen Zusammenhänge und damit verbundenen Familiengeschichte bedingt waren. Unter sedierender Langzeitmedikation mit Psychopharmaka wäre die Aufarbeitung von Gefühlen in dieser Form nicht möglich gewesen. Zwischen 1995 und 1997 ließ ich mich auf vielfältigen Druck hin auf eine Langzeit-Pharmakotherapie (Lithium kombiniert mit Ciatyl-Depotspritzen) ein; diese Zeit war eine mittelmäßige, farblose, graue Zeit. Als ich mir eine studentische Wohngemeinschaft als Schutzraum organisierte und Anfang 1997 alles abgesetzt hatte, folgten ohne Medikamente "Psychose"-Erlebnisse, deren Inhalte mir später halfen, meine Probleme mit dem Sinn des Lebens anzugehen und aufzudecken, was mich 1997 dreimal in die Psychiatrie führte. Von 1998 bis Ende 2002 nahm ich wieder Neuroleptika, 1998 und 1999 Depotspritzen, 1999 war ich zum letzten Mal in einer Psychiatrie untergebracht. Den erfolgreichen Umgang mit Psychopharmaka als Bedarfsmedikamenten gegen Bewusstseinsveränderungen, die unerwünschte Klinikaufenthalte nach sich ziehen könnten, habe ich im Jahr 2000 durch Matthias Seibt, Psychopharmaka-Berater des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, gelernt. Mit meiner Biographie in ihrem gesellschaftlichen Umfeld und meinen Fragen zum Sinn des Lebens habe ich mich seit 1997 viel beschäftigt, viel dazu gelesen, viel gelernt, erfahren und mich mit einigen Menschen innerhalb und außerhalb von LVPE Saar und BPE ausgetauscht. Kontinuität in meinem Leben, auch durch Schutz vor ungewollter psychiatrischer Behandlung, in dem ich bei Bedarf selbstbestimmt psychiatrische Psychopharmaka nutzte, war dabei wichtig. Ich danke allen Psychiatrie-Erfahrenen, die an diesem Referat mitgewirkt haben.

Peter Weinmann
Homburg, 23. April 2005