

Sollen Neuroleptika verboten werden?

Von Lars Martensson

Über diesen Artikel

Diese Studie wurde im Original in englischer Sprache unter dem Titel »Should Neuroleptic Drugs Be Banned?« in Kopenhagen auf einer internationalen Tagung vorgestellt, die von der »World Federation for Mental Health« (Weltverband für psychische Gesundheit) veranstaltet wurde. Veröffentlicht wurde die Studie in dem Buch »Commitment and Civil Rights of the Mentally Ill. Proceedings of WFMH Conference in Copenhagen, August 1984«, Hrsg.: Knud Jensen/Bent Petersen, Kopenhagen 1985.

Dänische und schwedische Organisationen von Psychiatrie-Betroffenen übersetzten die Studie in skandinavische Sprachen und machten auch die Irren-Offensive darauf aufmerksam. Auf dem »Mental Health 2000 — World Congress« in Brighton (England) verteilte die Psychiatrie-Betroffenenorganisation RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa; Reichsverband für Soziale und Geistige Gesundheit) unter den Delegierten eine Broschüre, die die Studie enthielt.

In den U.S.A. wird die nachgedruckte Broschüre von den »Psychiatric Survivors of Western Massachusetts« (Psychiatrie-Überlebenden von West-Massachusetts), P.O. Box 60845, Longmeadow, MA 01116-0845 verteilt; bei dieser Adresse kann sie auch bestellt werden.

Die Stockholmer Tageszeitung »Dagens Nyheter«, Schwedens wichtigste Zeitung, veröffentlichte zwischen 1985 und 1986 sechs Artikel Lars Martenssons an herausragender Stelle. Die moralischen Gesichtspunkte der Neuroleptika-Verabreichung und die Frage, ob Psychiatrie-Betroffene ein gesetzliches Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe erhalten sollten, ist nun in Schweden Gegenstand öffentlicher Erörterung.

In der 1986er Ausgabe des medizinischen Nachschlagewerks »Side Effects of Drug Annual« (Jahrbuch der Arzneimittel-Nebenwirkungen) (SEDA — 10) wurde ein Abschnitt mit »Should Neuroleptic Drugs Be Banned« überschrieben und einer Besprechung dieser Studie gewidmet.

Die kursiv (schräg) gesetzten Klammern stammen von den beiden Übersetzern.

Seit ihrer Einführung vor 30 Jahren wurden einigen Zehnmillionen Menschen Neuroleptika verabreicht. Diese Psychopharmaka erhalten in Schweden bei einer Einwohnerzahl von 8 1/2 Millionen täglich etwa 100.000 Menschen, von denen ungefähr ein Drittel mit der Diagnose Schizophrenie belegt sind. Andere große Gruppen, die Neuroleptika erhalten, sind geistig zurückgebliebene Menschen sowie ältere verwirrte oder negativistische (sich der Behandlung widersetzen) Menschen in Heimen.

Was diese Empfänger von Neuroleptika verbindet: Sie befinden sich unter staatlicher Vormundschaft, sie haben keine Macht, ihre Worte werden nicht gehört, und sie verursachen Unannehmlichkeiten für die Aufsichtspersonen. Solche Psychopharmaka haben in der Tat die Fähigkeit, lästiges menschliches Verhalten einzuschränken oder aus der Welt zu schaffen. Schizophrenie ist die Hauptindikation für Neuroleptika; deshalb werden sie auch anti-schizophrene oder anti-psychotische Medikamente genannt.

Den Neuroleptika wird der hauptsächlichste Einfluß auf die moderne Revolution in der Psychiatrie zugeschrieben. Im all-

Über den Autor

Lars Martensson ist ein schwedischer Arzt und Wissenschaftler. Seit 1978 widmet er seine Forschungen dem Problem der »Schizophrenie« und der Neuroleptika.

Zuvor waren Immunologie und Molekulargenetik seine Forschungsfelder. 1966, noch nicht 30 Jahre alt, wurde ihm in Sydney (Australien) der Jean-Juillard-Preis der »International Society of Blood Transfusion« verliehen. Lars Martensson arbeitete an schwedischen Universitäten, an der Western Reserve University in Cleveland/Ohio, dem University of California Medical Center in San Francisco/Kalifornien und dem Salk Institute in San Diego/Kalifornien.

Zur Zeit lebt Lars Martensson in Schweden und schließt (in englischer Sprache) eine Arbeit ab, die einen neuen Blickwinkel auf »Schizophrenie« erschließt, der sowohl Psychologie als auch Neurologie einschließt.

»Es ehrt mich, daß die Irren-Offensive diese Studie verbreiten will, die ich 1984 geschrieben habe. Leider reichen meine Deutschkenntnisse nicht aus, um die Übersetzung autorisieren zu können. Aber wenn Sie diese Übersetzung bei Ihrer Arbeit benutzen können, um ein gesetzliches Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe sowie andere Rechte durchzusetzen, die sich sowohl aus den grundlegenden Prinzipien ärztlicher Ethik ergeben als auch aus den Wertsystemen unserer Gesellschaften, werde ich sehr glücklich sein.«

Lars Martensson

gemeinen werden sie für eine große Hilfe für die Opfer der Schizophrenie gehalten. Aber in Wirklichkeit haben sie nicht geholfen, sondern eher all den Menschen mit dieser Diagnose unermeßliches Leid zugefügt. Sie richteten ihren Schaden auf zwei Arten an: 1. direkten Hirnschaden und die Störung geistiger Funktionen; 2. der Verquickung mit falschen und irreführenden Ansichten über Menschen und menschliche Probleme.

Die Neuroleptika förderten eine falsche Definition von Schizophrenie: als ein medizinisches Problem mit einer medizinischen Lösung. Sie hinderten uns daran, unsere Verantwortung zu sehen. Eine Konsequenz: Schizophrene Menschen wurden im Stich gelassen. Dies ist die wirkliche Ursache ihrer Tragödie. Wären sie nicht im Stich gelassen worden, hätten die meisten dieser jungen und oft begabten Menschen wie die meisten von uns viele ihrer Lebenshoffnungen und -möglichkeiten verwirklichen können.

Dieses Papier hat drei Teile:

Teil I stellt drei wichtige Fakten über Neuroleptika und Schizophrenie dar und liefert Beweismaterial und Argumente für jede Aussage.

Teil II beschreibt die Auswirkungen von Neuroleptika im Gehirn und auf die Persönlichkeit

Teil III zieht Schlussfolgerungen, welche Gesetzesänderungen notwendig sind, und zeigt weitere Lehren der neuroleptischen Tragödie.

Teil I: Drei Tatsachen über Neuroleptika und Schizophrenie

Lassen Sie mich als erstes drei wichtige Tatsachen über Neuroleptika und Schizophrenie darlegen:

1. Der Hirnschaden ist schwerwiegend und mit Sicherheit vorhanden.
2. Der zeitweise Gebrauch von Neuroleptika ist eine Falle.
3. Nach ein paar Jahren geht es Patienten in Psychopharmaka-freien Programmen besser — egal, welche Kriterien man anlegt.

Diese Tatsachen verlangen schnelle und grundlegende Veränderungen in der psychiatrischen Praxis. Aber es wird nicht die Psychiatrie sein, die diese Veränderungen zustande bringt. Deshalb werden wirkungsvolle politische Aktionen und strenge Gesetze benötigt.

Der Hirnschaden ist schwerwiegend und mit Sicherheit vorhanden.

Es ist wohlbekannt, daß ein großer Teil der Menschen, die Neuroleptika über längere Zeiträume erhalten, von tardiver Dyskinesie betroffen sind. Tardive Dyskinesie ist eine bleibende Störung der Bewegungskoordination. Am offensichtlichsten sind unfreiwillige und unkontrollierbare Bewegungen der Zunge, des Kiefers und der Gesichtsmuskeln.²

Störungen bei allen Patienten. Wenn — sagen wir — ein Drittel einer Gruppe von Patienten grobe Bewegungsstörungen zum Vorschein bringt, dann können wir sicher sein, daß die meisten und wahrscheinlich all die anderen auch unter Störungen leiden. Wenn ein Gehirnsystem allmählich geschädigt wird, benötigt es gewöhnlich eine hohe Schädigungsstufe, bevor die Abnormalität der Funktionen klinisch sichtbar wird. Lange bevor tardive Dyskinesie am Gesicht und andere grobe Abnormalitäten der Körperhaltung und -bewegungen ans Tageslicht getreten sind: Der Mensch wurde seiner Anmut und der Leistungsfähigkeit seiner Bewegungen beraubt, die er als Gabe der Natur besitzen sollte.

Andere Bewegungsstörungen. Tardive Dyskinesie mag besonders schrecklich erscheinen, weil sie normalerweise chronisch ist und bestehen bleibt, nachdem mit der Verabreichung der Neuroleptika aufgehört wurde. Jedoch: Tatsächlich noch schwerer wiegen die anderen Bewegungsstörungen, die alle Muskeln der Menschen einbeziehen, die Neuroleptika erhalten. Diese Störungen verschwinden aber, wenn die Neuroleptika-Behandlung endet. Es sind Parkinsonismus (*Schüttel-lähmung*), Akathisie (*Sitzunruhe*) und Akinesie (*Bewegungsstarre*).

Der wahrscheinliche totale, endgültige Neuroleptika-Schaden. Die Erfahrung zeigt, daß, wenn ein neuroleptisches Medikament einem jungen Menschen in einer schizophrenen Krise zum ersten Male gegeben wird, er fast immer fortfahren wird, das Medikament für lange Zeiträume oder das ganze Leben zu erhalten. Wenn das Medikament zunächst einmal nicht gegeben worden wäre, hätte das Schicksal einer andauernden Medikamentenabhängigkeit vermieden werden können, wie wir unten sehen werden. Deshalb sollte die wahrscheinliche totale Medikamentenschädigung des Patienten vor den anfänglichen Entscheidungen, neuroleptische Medikamente in einer schizophrenen Krise zu verabreichen, in Erwägung gezogen werden. Weiter unten werden wir uns sowohl um die pharmakologischen als auch psychologischen Gründe kümmern, weshalb das Neuroleptikum als

eine Falle wirkt. Die Unterscheidung zwischen Schädigungen infolge Medikamenten-Dauerbehandlung und Medikamentenschädigungen, die abflauen können, wenn die Medikamente abgesetzt werden, ist unwichtig, wenn das Medikament in Wirklichkeit niemals abgesetzt wird.

Andere Angriffspunkte für Neuroleptika im Gehirn. Bisher betrachteten wir nur das Gehirnsystem, das für die Bewegungskoordination zuständig ist. Zwei weitere Angriffspunkte der Neuroleptika im Gehirn sind das Hormon- und das limbische System. Offensichtliche Niederschläge der Neuroleptika-Wirkungen im Hormonsystem einiger Patientinnen sind Menstruationsstörungen und Milchabsonderungen der Brüste.

Das limbische System. Das wesentliche und beabsichtigte Ziel von Neuroleptika ist das limbische System; dies ist das Zentrum der Gefühle, der Wahrnehmung und Kontrolle des Körperinneren, der Sexualität usw. Die sogenannte anti-psychotische Wirkung der Neuroleptika ist eine Folge ihrer Einwirkung auf das limbische System. Der Schaden am System, das die Bewegungskoordination regelt, ist am augenfälligsten, denn er ist sichtbar und zu einem gewissen Grad objektiv messbar. Der Schaden am limbischen System ist jedoch sicher schwerwiegender, denn er beinhaltet eine direkte Störung des Gefühlslebens und der höchsten geistigen Funktionen. Auf das limbische System und seine Beziehung zum Stirnhirn werden wir weiter unten noch genauer eingehen. Ein Eisberg von Hirnschäden. Das, was bereits gesagt wurde, reicht aus für den Schluß, daß tardive Dyskinesie — die für sich allein als eine größere medizinische Katastrophe bezeichnet wurde — nur die Spitze eines Eisbergs von Hirnschäden ist, die von Neuroleptika verursacht werden.

Der zeitweise Gebrauch von Neuroleptika ist eine Falle.

Wir alle wissen, wie schwierig eine psychotische Person sein kann. Deshalb könnte es vernünftig klingen, wenn jemand vorschlägt, Neuroleptika seien vielleicht »notwendig während des akuten Stadiums«. Aber dies ist ein zweifelhafter, um nicht zu sagen: trügerischer Vorschlag — sowohl aus psychologischen als auch aus pharmakologischen Gründen.

Psychologische Gründe. »The Harvard Guide to Modern Psychiatry« (*»Der Harvard-Führer der Modernen Psychiatrie«*) warnt: »Das schnelle Zurückgreifen auf Medikamente überzeugt die Patienten, daß auf ihre Bedürfnisse nicht eingegangen werden wird.«⁽¹⁾ Mit anderen Worten: Das Medikament beraubt sie gerade der Sache, die sie am nötigsten brauchen: der Hoffnung. Es ist im Grunde genommen wahr, wenn man sagt, daß Schizophrenie der Verlust von Hoffnung ist, oder umgekehrt: Ein Mensch mit einem hohen Maß an Hoffnung ist nicht schizophren.¹

Während der psychotischen Krise sollte der Mitmensch nun mit all seinem Mut und all seiner Geduld, Phantasie, Solidarität und Ausdauer dasein. Und die Patienten selbst brauchen intakte Gehirne. Denn es gilt, kritisch wichtige Aufgaben zu bewältigen.

Wenn die Psychose ohne Medikamente besiegt wird, wird der Glaube des Patienten an sich selbst und den Mitmenschen angewachsen sein. Diese Dinge — Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Glaube an Mitmenschen — sind genau das, was er braucht, um mit der Zeit seine Schizophrenie endgültig zu überwinden. Wenn Medikamente benutzt werden, wird er die entgegengesetzte Lehre ziehen und sich auf dem Weg steigender Medikamentenabhängigkeit befinden.

Pharmakologische Gründe. Auch aus pharmakologischen Gründen wird der Patient sich auf dem sehr gefährlichen Weg steigender Medikamentenabhängigkeit befinden. Die neuroleptischen Medikamente führen spezifische Veränderungen im limbischen System herbei, die einen Menschen anfälliger für Psychosen machen. Dies ist, wie wenn dieser einen Psychose-verursachenden Wirkstoff ins Gehirn eingebaut hätte. Diese Wirkung der neuroleptischen Medikamente mag mit der Zeit mehr oder weniger nachlassen, wenn das Medikament abgesetzt wird. Aber dann kann es zu spät sein. Wegen der psychotischen Symptome, die Nachwirkungen der Medi-



kamente sind, wurde die Schlussfolgerung gezogen: »Er braucht das Medikament.« Die Falle ist zugechnappt.

Die Kombination von Neuroleptika und Psychotherapie. Der Arzt kann eine Kombination von Medikamenten und Psychotherapie vorschlagen. Wieder klingt dies vernünftig, wie es bei Kompromissen oft der Fall zu sein scheint. Aber erneut ist der Vorschlag zweifelhaft und trügerisch. Und er dürfte nicht ganz aufrichtig sein. Der wirkliche Beweggrund des Arztes kann — bewußt oder unbewußt — aus dem Wunsch nach einer schnellen und einfachen Lösung bestehen, auch wenn diese auf Kosten der wahren Interessen der Patienten zustande kommt.

Eben diese Patienten, die Unaufrichtigkeit bekanntlich sensibler als die Mehrzahl der Menschen erfassen, erhalten somit eine Doppelbotschaft gerade der Art, die einen psychoti-

A. Familiäre Umgebung

Britische Forscher untersuchten die Rückfallraten von Patienten, die mit einer Familie zusammenleben, das heißt mit Eltern oder Ehepartner. Die emotionale Situation in ihrem Zuhause wurde für alle Patienten entweder als vorteilhaft oder unvorteilhaft eingestuft. Einer der Forscher, Julian P. Leff (1976), besprach diese Untersuchungen in einem Artikel mit dem Titel »Schizophrenia and Sensitivity to the Family Environment« (»Schizophrenie und Empfindsamkeit in bezug auf die familiäre Umgebung«) (2). Die Prozentzahlen in unserer Tabelle sind Rückfallraten, das heißt die Prozentzahlen von Patienten jeder der vier Kategorien, die einen Psychose-Rückfall hatten. Die Zahlen sind der Abbildung 1 des Originalartikels entnommen.

	Psychopharmaka-freie Patienten	Patienten unter Einfluß von Psychopharmaka
günstige emotionale Situation	15 %	12 %
ungünstige Situation	92 %	53 %

schen Zusammenbruch auslösen helfen oder freisetzen kann.

Vielleicht ist jetzt folgende Bemerkung notwendig: Sollten Arzt, Patient und Angehörige in einer schwierigen Situation entscheiden, daß gerade jetzt ein Medikament unter Betrachtung aller Umstände die beste Hilfe ist, (und sollten sie diese Entscheidung fällen beim Versuch, sämtliche Probleme vollständig, das heißt voller Aufrichtig- und Verantwortlichkeit zu erkennen), dann sollte kein Außenstehender irgendein Urteil fällen. Die Tragödie besteht darin, daß die beteiligten Personen aufgrund psychiatrischer Falschinformation wahrscheinlich eine Fehlentscheidung treffen.

Deshalb ist es wesentlich, vor diesen Gefahren zu warnen und daran zu erinnern, wie schwierig es zu vermeiden ist, daß aus einer kurzfristigen Neuroleptika-Behandlung eine Dauerbehandlung wird, die im Lauf der Zeit einen Neuroleptika-verursachten Persönlichkeitsabbau und wachsende Hirnschäden mit sich bringt.

Nach ein paar Jahren geht es Patienten in Psychopharmaka-freien Programmen besser — egal, welche Kriterien man anlegt.

Neuroleptika wirken gegen psychotische Symptome. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, daß psychotische Symptome durch Neuroleptika vermindert werden, und auch, daß das Risiko eines Psychose-Rückfalls durch eine Erhaltungsdosis Neuroleptika verringert wird. Es gibt Tausende und Abertausende von Berichten, die diese Aussagen für alle Neuroleptika beweisen.

„Wirksame“ Medikamente. Ein einfaches Gedankenexperiment zeigt, warum Neuroleptika, auch wenn sie gegen Symptome wirken, schlecht für die Patienten sein können: Geben Sie Kindern Neuroleptika. Das Ergebnis wird sein, daß Weinen und lästiges Verhalten verringert oder zum Verschwinden gebracht werden. Unter einer Erhaltungsdosis wird das Risiko eines Rückfalls ins Weinen und Stören ebenfalls verringert. Somit sind die Kinder durch die Neuroleptika „gebessert“ oder „geheilt“. Wir benötigen keine wissenschaftlichen Studien, um davon überzeugt zu sein, daß die Psychopharmaka, obwohl „wirksam“, nicht gut für unsere Kinder sind.

Wir sind überzeugt, daß es Kindern nach ein paar Jahren in Psychopharmaka-freien Programmen besser gehen wird — egal welche Kriterien man anlegt. Genau dasselbe gilt für schizophrene Patienten, und zwar aus denselben Gründen.

Lassen Sie uns nun einen Blick auf drei wissenschaftliche Untersuchungen werfen, die unsere dritte Feststellung stützen. Die Schlüsseldaten werden hervorgehoben, da der Raum nicht ausreicht, einen umfassenden kritischen Überblick über diese Untersuchungen zu geben.

Patienten unter Psychopharmaka-Einfluß hatten in „schlechter“ Umgebung mehr als dreimal so häufig einen Rückfall wie Psychopharmaka-freie Patienten in „guter“ Umgebung (53 % gegen 15 %). In der „guten“ Umgebung schienen Psychopharmaka keinen Einfluß auf das Risiko eines Rückfalls auszuüben. Solche Untersuchungen legen nahe, daß das, was schizophrene Patienten brauchen, keine hirnschädigenden Neuroleptika sind; stattdessen benötigen sie eine Lebenssituation, in der sie überleben und sich entwickeln können.

B. Das Soteria-Projekt in San Francisco

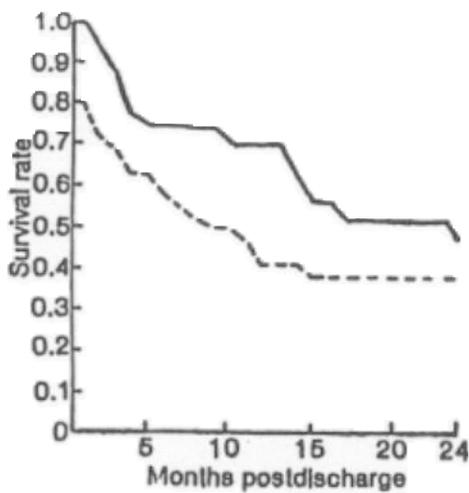
Das Soteria-Haus war ein Wohnheim im Gebiet von San Francisco. Das Personal bestand aus nicht-professionellen Therapeuten. Sechs Patienten konnten sich dort gleichzeitig aufhalten. Junge, vor kurzem schizophrene gewordene Menschen wurden in Soteria aufgenommen, und sie blieben für ungefähr fünf Monate.

Hinterher wurde ein Vergleich hergestellt zwischen den Soteria-Patienten und zwischen ähnlichen Patienten, die in eine normale Psychiatrische Anstalt aufgenommen und die — wie üblich — mit Neuroleptika behandelt worden waren. Die Soteria-Patienten hatten keine oder nur wenige Psychopharmaka erhalten (siehe Abbildung 1).

Nach zwei Jahren ging es den Soteria-Patienten genau so gut wie den Kontrollpatienten oder sogar besser. Unsere Abbildung 1 stammt aus einem Artikel von Matthews u.a. (1979): »A Non-Neuroleptic Treatment of Schizophrenia: Analysis of the Two-Year Postdischarge Risk of Relapse« (»Nicht-neuroleptische Behandlung von Schizophrenie: Analyse des Rückfall-Risikos im Zeitraum von zwei Jahren nach der Entlassung«) (3). Es zeigt, daß die Soterianer seltener einen Rückfall hatten. So waren zum Beispiel nach zwölf Monaten ungefähr 60 % der Kontrollpatienten im Vergleich zu 30 % der Soteria-Patienten rückfällig geworden (siehe Abbildung 1).

C. Das Säter-Projekt in Schweden

Zu Beginn der siebziger Jahre kam Barbro Sandin — zu der Zeit eine Frau knapp über 40, Mutter und Hausfrau — als Sozialpädagogik-Praktikantin in die Anstalt von Säter. Gerührt von einem zurückgezogenen und apathischen, medikamentierten jungen schizophrene Mann, nahm sie diesen bei sich zuhause auf, und mit den Jahren erholte sich der Mann und kehrte ins normale Leben zurück. Barbro Sandin erhielt den Auftrag, eine kleine Versuchsstation einzurichten; von 1973 an wurden ihr und einem kleinen Team einige junge, schizophrene Männer zur Psychopharmaka-freien Behandlung zugewiesen.



———— All Soteria subjects, N = 32.
 - - - - All CMCH subjects, N = 38.

Abb. 1
 Die Soteria-Untersuchung.
 Rückfallfreier Anteil für Soteria und für Kontrollpatienten.
 Beispiel: Nach zwölf Monaten ist der rückfallfreie Anteil für die Gruppe aus Soteria 0,7, was bedeutet, daß 70 % der Patienten dieser Gruppe keinen Rückfall hatten (Aus: Matthews u.a., 1979).
 (Übersetzung der englischen Worte der Abbildung:
 Survival rate = rückfallfreier Anteil.
 Months postdischarge = Monate nach der Entlassung.
 All Soteria subjects = Gesamtheit der Soteria-Patienten.
 All CMCH subjects = Gesamtheit der CMCH-Patienten; CMCH = CMHC, Community Mental Health Center, Städtische Psychiatrische Anstalt.)

1980 wurden 14 schizophrene Patienten, die zwischen 1973 und 1975 eine Psychotherapie bei Frau Sandin begonnen hatten, mit derselben Zahl entsprechender Kontrollpatienten verglichen, die in andere Stationen der Säter-Anstalt eingewiesen worden waren (Aus: Sjöström, 1982) (4).

Frau Sandins Patienten ging es nach allen psychiatrischen Maßstäben besser. Unsere Abbildung 2 zeigt die durchschnittliche Anstalts-Aufenthaltsdauer der zwei Patientengruppen. Der Kontrollpatient verbrachte 1980 im Durchschnitt fünf Monate in der Anstalt, während der Durchschnitt von Frau Sandins Patienten bei einem Monat lag (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 zeigt auch, daß nicht-medikamentierte Patienten während der ersten zwei, drei Jahre mehr Fürsorge und Aufmerksamkeit benötigten. Mit anderen Worten: Die Zahlen bestätigen die Tausende von psychiatrischen Untersuchungen, die aufzeigen, daß Neuroleptika wirksam psychotische Symptome verringern und Anstaltseinweisungen vorbeugen. Nach den ersten zwei, drei Jahren ging es den Patienten unter Psychopharmaka-Einfluß weiterhin schlecht, während die Psychopharmaka-freien Patienten Fortschritte machten.

Zusammenhang zwischen kurzfristiger ‚Besserung‘ und langfristiger Verschlechterung. Neuroleptika machen die Menschen still und apathisch und verringern deshalb das kurzfristige Risiko eines Anstaltsaufenthaltes. Wenn man solche ruhige und gleichgültige Personen als ‚gebessert‘ bezeichnet, da sie weniger Symptome aufweisen, so ist dies in der Tat ein perverser Gebrauch der uns gegebenen Sprache. Um die Perversion einer solchen Ausdrucksweise zu sehen, ist es möglicherweise hilfreich, uns an unser Gedankenexperiment mit den Psychopharmaka-behandelten Kindern zu erinnern und darauf achtzugeben, daß der kurzfristigen ‚psychiatrischen Besserung‘ ein langfristiger Persönlichkeitsabbau nachfolgt.

D. Folgerungen aus den Untersuchungen in Soteria und Säter

Wir sehen, daß die Psychopharmaka-freien Patienten bald die Patienten, die unter Psychopharmaka-Einfluß stehen, überholen, sogar nach psychiatrischen Kriterien. Wenn wir Maßstäbe für Kreativität, spielerische Leichtigkeit, Liebenswürdigkeit, Empfindsamkeit, Spiritualität, Selbstverwirklichung, Grenzüberschreitung des Selbst usw. hätten, dann könnten wir bei dem Wissen davon, was Neuroleptika einem Menschen antun, keinen Zweifel daran hegen, daß sich nicht-medikamentierte Menschen als hochüberlegen erweisen würden.

Ein anderer nicht-meßbarer Nutzen, nämlich der wichtigste für das weitere Leben der Nicht-Medikamentierten, ist zum einen, daß ihr Gehirn und ihre Psyche nicht bereits Psychopharmaka-geschädigt sind, und zum anderen, daß sie keine Psychopharmaka-Abhängigkeit entwickelt haben, die eine mit der Zeit zunehmende Hirnschädigung bedeuten würde. Bedenken Sie, daß dies junge Menschen mit einer Lebenserwartung von weiteren 40 bis 50 Jahren sind.

Weshalb Nicht-Experten besser waren. Die Psychopharmaka-Psychiater hatten 30 Jahre Zeit sowie Tausende von Einrichtungen, um darin ihre Methoden zu perfektionieren. Und hier dagegen sehen wir die Menschen in San Francisco und Säter, ohne vorhergehendes psychiatrisches Training. Trotz Arbeit unter schwierigen Bedingungen übertreffen sie die Ergebnisse der etablierten Psychiatrie. Wie konnten die Nicht-Experten die Profis auf Anhieb in den Schatten stellen? Es gibt zwei einleuchtende Gründe: Die Nicht-Experten hatten ein größeres Potential an Liebe. Die Profis kamen mit einem verdorbenen Team.

Nur ein Anfang. In Soteria und in Frau Sandins Station in der Säter-Anstalt erhielten die Patienten die Art menschlicher Zuwendung, wie es die Schizophrenie fordert, anstelle einer falschen medizinischen Antwort. Jene Resultate sind nur ein Anfang, ein Fingerzeig in die richtige Richtung. Die Therapeuten von Soteria und von Säter wissen besser als irgend je-

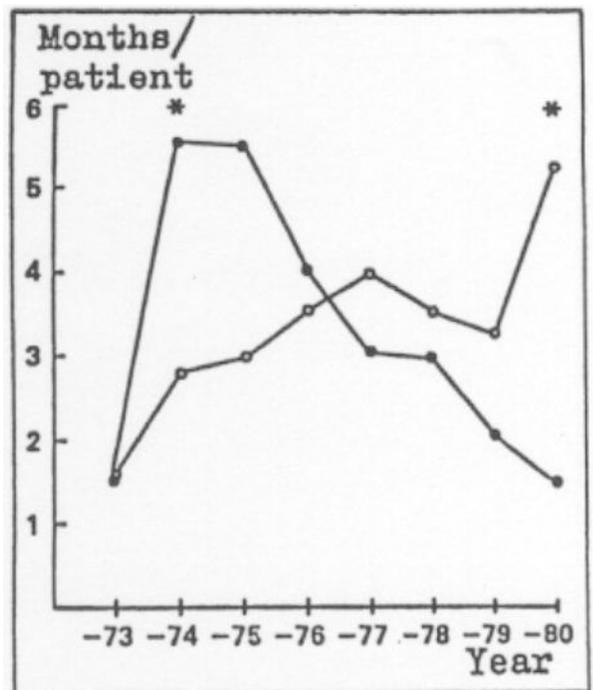


Abb. 2
 Die Säter-Untersuchung.
 Durchschnittliche Anstaltsaufenthaltsdauer pro Patient für die einzelnen Jahre von 1973 bis 1980.
 Die ausgefüllten Kreise verkörpern Frau Sandins Patienten, die unausgefüllten die Kontrollpatienten. Jede der beiden Gruppen bestand aus 12 bis 14 Patienten (Aus: Sjöström, 1982).
 (Übersetzung der englischen Worte.
 Months/patient = Monate/Patient.
 Year = Jahr)

mand sonst, daß sie und ihre Patienten unter besseren Bedingungen, mit größeren Kenntnissen und mit mehr Unterstützung noch viel besser abgeschnitten hätten.

Unser Standard sollte das Mögliche sein — und nicht das düstere Ergebnis psychopharmakologischer Psychiatrie. Deshalb muß es das Ziel sein, daß jeder junge schizophrene Mensch seine Krise bewältigt und fortführt, die Hoffnungen und Möglichkeiten seines Lebens zu erfüllen, in so ziemlich derselben unvollkommenen Art und Weise wie wir auch.

Nichts könnte uns mehr helfen, dieses Ziel zu erreichen, als ein Verbot von Neuroleptika. Nichts außer einer Ächtung dieser Einstellung gegenüber menschlichen Problemen und Menschen, die für diese Psychopharmaka stehen und sie verewigen helfen. Ein Verbot von Neuroleptika ist durchführbar, eine Ächtung der Einstellungen nicht. Ein Verbot kann mit Gesetzen bewerkstelligt werden, wenn der politische Wille vorhanden ist.

In Teil III der Studie werden wir auf das Thema wünschenswerter Gesetzesänderungen zurückkommen. Aber zuvor werden wir in Teil II prüfen, wie die Neuroleptika im Gehirn wirken. Wir werden dabei weiter die erste und die zweite der drei ursprünglichen Aussagen erläutern und stützen.