

Peter Lehmann

Soteria und Empowerment

Über die Interessen Psychiatrie-Betroffener

Aktualisierte Ausgabe. Stand: 2003

Edition Libera im Antipsychiatrieverlag

Was wollen Psychiatriebetroffene?

Empowerment ist das Schlagwort, das die zentralen Interessen der Psychiatriebetroffenen, die mit der bestehenden Psychiatrie unzufrieden sind, am besten wiedergibt. Zu übersetzen ist »Empowerment« mit »Selbstermächtigung«. Betroffene sollen die Kompetenz über ihr eigenes Leben erhalten oder wiedergewinnen. Es ist das Kriterium, das Psychiatriebetroffene weltweit anlegen, wenn sie alternative oder emanzipatorische psychosoziale Einrichtungen charakterisieren, seien es psychiatrische Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen. In Deutschland ist nicht nur der Begriff relativ fremd, sondern auch die Idee und speziell die Praxis. Zumeist geht es hierzulande lediglich um eine andere Behandlung, also immer noch um eine Subjekt-Objekt-Beziehung, um einen anderen Behandlungsort, um andere psychiatrische Psychopharmaka, um einen anderen Elektroschock oder schlicht um die Forderung, überhaupt als Person wahrgenommen werden, um das Einfordern von Verständnis. Durch die Schaffung einer eigenen Definitionshoheit wollen Sozialpsychiater das emanzipatorische Potential der Empowermentidee zunichte machen.

Empowerment, so die Definition von Betroffenen selbst – nachzulesen in »Statt Psychiatrie« – bedeutet etwas ganz anderes. Empowerment heißt:

- Entscheidungsmacht haben
- Zugang zu Informationen und Finanzmitteln haben
- ein Spektrum an Wahlmöglichkeiten haben (nicht bloß »ja/nein« und »entweder/oder«)
- das Gefühl haben, dass der oder die Einzelne etwas ändern kann
- mit der eigenen Stimme sprechen
- die eigene Identität neu und selbst definieren
- die eigenen Möglichkeiten und das Verhältnis zu institutionalisierter Macht neu definieren
- begreifen, dass eine Einzelperson Rechte hat
- Wut lernen und lernen, ihr Ausdruck zu verleihen
- Veränderung bewirken, im persönlichen Bereich und in der Gemeinschaft
- ein positives Selbstbild entwickeln und Stigmata überwinden (Chamberlin 1993, S. 317; siehe auch Harvey 1987; Lamovec 1997).

Während einige Psychiatriebetroffene die Entmachtung, die der Empowerment-Idee vorausgeht, von vornherein ablehnen und deshalb auch sämtliche Konzepte der Wiederbemächtigung, versuchen sozialpsychiatrisch Tätige, sich der Idee zu bemächtigen, wobei sie Definitionen Psychiatriebetroffener zur Idee des Empowerments völlig verschweigen (Stark 1996) oder sie für ihre Zwecke uminterpretieren; Andreas Knuf und Ulrich Seibert beispielsweise sehen Empowerment – neben einer

verstärkten Einflussnahme auf der politischen Ebene – unter anderem als »Bewältigung der psychischen Krankheit« und als »vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung« (Knuf / Seibert 2000, S. 5).

1995 befragte der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) seine Mitglieder, wie ein veränderter psychosozialer Bereich aussehen soll. Der BPE unternahm für die Zeitschrift »Sozialpsychiatrische Informationen« eine Umfrage zur Qualität der psychiatrischen Behandlung und ihrer Einführung bzw. Verbesserung. Über 100 BPE-Mitglieder nahmen an der Umfrage teil. In den Antworten wurde der bestehenden Psychiatrie eine nahezu als »vernichtend« zu bezeichnende Absage erteilt. Denn nur 10% der Antwortenden gaben an, dort Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. Häufig kam es zur Verletzung der Menschenwürde. Es gab keine – wie rechtlich vorgeschrieben – umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken. Folgende grundlegenden Kriterien müssten laut Aussagen von BPE-Mitgliedern erfüllt sein, um von einer qualitativ akzeptablen Psychiatrie sprechen zu können: Beachtung der Menschenwürde, Wärme und menschliche Zuwendung, individuelle Begleitung, angstfreies Vertrauensverhältnis. Vieles an der Psychiatrie sei überflüssig: Für eine Reihe von Psychiatriebetroffenen ist die Psychiatrie samt Psychiatern insgesamt überflüssig. BPE-Mitglieder, die von einer Reformierbarkeit der Psychiatrie ausgingen, fanden folgende Faktoren überflüssig: Gewalt, den Einsatz von Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen, Elektroschocks, Fixierung. Überflüssig seien Ärzte, die besser über ihre Patienten Bescheid zu wissen glauben als diese selbst. Und Alternativen seien wichtig, um den Betroffenen Wahlmöglichkeiten zu geben. Was die Frage betrifft, wie diese Alternativen aussehen sollen, wurden unter anderem folgende Vorschläge und Ideen genannt: alternative Psychopharmaka, z.B. homöopathische Mittel, Selbsthilfe, Weglaufhäuser, Alternativen nach Mosher und Laing, weiche Zimmer à la Soteria (Peeck / von Seckendorff / Heinecke 1995).

Auch über die Qualifikation der Mitarbeiter der neuen, anderen Psychiatrie – möglicherweise einer Psychiatrie ohne Psychiater – machten sich die BPE-Mitglieder Gedanken. Die Autoren, die für den BPE die Umfrage auswerteten, kamen zu dem Schluss:

»Solange ein Arzt also immer noch glaubt, dem Patienten sein Selbstbestimmungsrecht, seine Würde, seine Phantasie, seine Kreativität und Expressivität mit Hilfe der Medikamente wegnehmen zu müssen, um ihn lenkbarer, wehrloser, verfügbarer machen zu können, solange muss die Psychiatrie ein Ort der Erziehung zur »Normalität«, der Disziplinierungsmaßnahmen, Schikane und Unmenschlichkeit bleiben.« (ebd., S. 33f.)

Das ist ein Teil der Forderungen und Überzeugungen von Psychiatriebetroffenen im Jahre 1995. Schon 15 Jahre zuvor kam die Sozialpädagogin Tina Stöckle nach ihrer

Befragung psychiatriekritischer Mitglieder einer Berliner Selbsthilfegruppe zu vergleichbaren Ergebnissen:

»Viel wichtiger als die Zurverfügungstellung beruflicher Qualifikationen ist menschliche Zuwendung, die dem Betroffenen hilft, zu sich selbst zu finden. Gefragt sind also Menschen, die einen ernst nehmen, die zuhören können, die Wärme, Geduld, Toleranz besitzen; aber auch Menschen, die vor dem Verücktsein, dem Wahnsinn keine Angst haben und normwidriges Verhalten nicht nur negativ sehen.« (Stöckle 1983, S. 146)

Man darf nicht vergessen, dass ein nicht zu unterschätzender Teil der Psychiatriebetroffenen der Psychiatrie ihre Daseinsberechtigung abspricht, da diese als Teil der Medizin niemals qualifiziert psychische Probleme sozialer Natur zu lösen vermöge. Sie könne einzig mit medizinischen Maßnahmen unerwünschte psychische Äußerungen manipulieren, z.B. durch hirneingreifende Maßnahmen, durch Elektroschocks oder durch synthetische Psychopharmaka (vgl. Haley 1989; Kempker 1991; Lehmann 2001c).

Dass die Bedürfnisse von Psychiatriebetroffenen entscheidend abweichen von den Vorstellungen psychiatrisch Tätiger, machte der Solinger Psychologe Klaus Novertné deutlich, als er sie nach strukturierten Interviews gewichtete: Während Betroffene mit einer Nennrate von 82% in Ruhe gelassen, mit 67% materiell abgesichert, mit 51% verstanden und nur mit 17% bei der Rehabilitation unterstützt werden wollen, möchten psychiatrisch Tätige mit 89% rehabilitieren, dagegen nur mit 37% einen Schutz- und Schonraum liefern und nur mit 31% bei der materiellen Absicherung helfen (Novertné 1996, S. 36).

Psychiatrisch Tätige äußern auf die Frage, was sie an Unterstützung wollen, sollten sie selbst einmal verrückt werden, nahezu exakt dieselben Vorstellungen. Dies zeigte sich beim Kongress »Stationäre Alternativen«, der von der Schweizer Psychiatristifftung Pro Mente Sana 1992 in Nottwil veranstaltet wurde. In der Arbeitsgruppe »Zufluchtsort für Psychiatriebetroffene« durften sich Psychiater, SozialarbeiterInnen und Pflegekräfte ihre psychiatrische Praxis plastisch und realistisch vorstellen. Daraufhin erwähnten sie eine Vielzahl von Gründen zum Davonlaufen, sollten sie diese Praxis am eigenen Leib kennenlernen müssen, und zwar den Zwang, die Rechtlosigkeit, die Behandlung und die Diagnostik. Im einzelnen nannten sie:

a) Zwang: Zwangseinweisung; Zwangsbehandlung; Nötigung zur Zustimmung zum Verbleib und zur Behandlung.

b) Rechtlosigkeit: Entmündigung; keine Aufklärung über Risiken und Schäden der Behandlung; als rechtswirksam gilt nur die Zustimmung, nicht die Ablehnung; Behandlung trotz hängigem Rekurs (Einspruch bei Gericht, P.L.); Abhängigkeit von psychiatrisch Tätigen; fehlende Entscheidungsfreiheit (Begründungszwang); fehlendes Recht auf umfassende Akteneinsicht, auf Wahl der Klinik (bei Allgemeinversicherung) und Bezugsperson.

c) Behandlung: Neuroleptika als Hauptbehandlung. Behandlungssetting: Bedrohlichkeit der Aufnahmesituation; aufgezwungene Tagesstruktur; destruktiv verbrachte Zeit; nervende Bastelstunden; Ausdrucksarbeit unter neuroleptischer Panzerung; Zwangskommunikation; ZwangsschlafnachbarInnen; permanente Überwachung; reduzierte Privatsphäre.

d) Diagnostik: Reduziert werden auf Diagnose.« (Kempker / Lehmann 1993, S. 37)

Wo immer Psychiatriebetroffene sich unbeeinflusst und frei äußern, wird dieselbe Kritik laut, werden vergleichbare Vorstellungen genannt. Einen ähnlich klingenden Forderungskatalog wie der BPE legte 1997 das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, als es um eine Stellungnahme gebeten wurde. In dem 1991 gegründeten Netzwerk sind inzwischen Betroffenenorganisationen aus ca. 35 Ländern vertreten, von Finnland bis Italien, von den Faröer Inseln bis Bulgarien, von Litauen bis Griechenland (Roth 2000). Diese repräsentative Organisation forderte die WHO auf, bei einer Neudefinition psychiatrischer Qualitätskontrolle betroffenenorientierte Kriterien einzubeziehen:

- Vor der Verabschiedung von Gesetzen sollten nationale Organisationen Psychiatriebetroffener zu Hearings eingeladen werden. Auf allen Ebenen sollten Psychiatriebetroffene als Ombudsmänner und Ombudsfrauen vertreten sein.
- Es sollte unter Einbeziehung Psychiatriebetroffener eine Körperschaft geben mit der speziellen Aufgabe, die Einhaltung von Menschenrechten zu überwachen bei Personen, die unter psychischen Störungen leiden oder denen diese nachgesagt werden. Diese Körperschaft sollte zudem die Zulassung neuer Behandlungsmethoden sowie die Entscheidungen von Ethikkommissionen bei Forschungsvorhaben überwachen.
- Psychiatriebetroffene sollten in die Ausbildung und Prüfungskommissionen von Psychiatern, Ärzten, PsychologInnen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen und BeschäftigungstherapeutInnen einbezogen sein, und zwar auf Basis einer normalen Bezahlung.
- Hirnchirurgische Eingriffe und andere aggressive Behandlungsmaßnahmen mit möglicherweise irreversiblen Folgen wie z.B. psychiatrische Psychopharmaka, Elektro- und Insulinschocks für sogenannte psychische Störungen sollten niemals bei Zwangseingewiesenen und niemals ohne informierte Zustimmung durchgeführt werden. Um Voraussetzungen abzusichern, sollten sie ausdrücklich anerkannt werden. Auch Behandlungsvereinbarungen sollten möglich sein. Psychiater, die ohne informierte Zustimmung behandeln, sollten ihre ärztliche Zulassung verlieren.
- Klinische Versuche und Behandlungen sollten niemals an Zwangseingewiesenen und niemals ohne informierte Zustimmung durchgeführt werden. Es sollte eine Beweislastumkehr erfolgen: Bei möglichen Schäden sollten die Institutionen und

Personen, welche die Maßnahmen durchführten, gezwungen sein nachzuweisen, dass die Schäden nicht von ihnen verursacht wurden.

- Folgendes sollte in Einrichtungen vorhanden sein:
Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station
Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Anstalt
deutlich sichtbarer Anschlag auf jeder Station, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden
Möglichkeiten zum Aufhängen von Informationsschriften lokaler, regionaler und nationaler Selbsthilfegruppen
Angebot eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer
Teeküche auf Station, damit man sich rund um die Uhr etwas zu essen und zu trinken machen kann.
- Die Rechte von NichtraucherInnen auf gesunde Luft sind zu berücksichtigen, ebenso die Rechte von RaucherInnen, soviel zu rauchen wie sie wollen.
- Für jedes psychiatrische Bett sollte es ein Bett in einem Weglaufhaus geben, also in einer betreuten nichtpsychiatrischen Einrichtung. Jedes zweite Bett soll in einer Soteria-artigen Einrichtung stehen (European Network 1997).

Mittlerweile kam noch die Forderung nach ständigem und freiem Internetzugang in jeder psychiatrischen Einrichtung als Mittel der »Nutzer-Kontrolle (Lehmann 2001a) sowie nach einem Suizidregister unter besonderer Berücksichtigung von beteiligten Psychopharmaka/Elektroschocks, vorangegangener Fixierung und anderen Formen vorangegangener psychiatrischer Zwangsmaßnahmen (Lehmann 2001b) zu dem Forderungskatalog hinzu. Wie weit die Rufe nach mehr Rechten und mehr Unterstützung bereits an die Ohren der Obrigkeit vorgedrungen sind, geht aus dem Consensus-Papier hervor, das 1999 bei einer gemeinsamen Veranstaltung von WHO und Europäischer Kommission in Brüssel verabschiedet wurde und das die aktive Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in die Psychiatriepolitik, die Förderung von Selbsthilfensätzen und von nicht-stigmatisierenden, nicht-psychiatrischen Ansätzen und vor allem die Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zur Stärkung der Menschenrechte fordert (World Health Organization / European Commission 1999, S. 9).

Was bedeutet Soteria?

Der Name Soteria kommt aus dem Griechischen und heißt Erlösung, Befreiung. Soteria war ursprünglich ein US-amerikanisches Projekt im kalifornischen San José, in dem Professionelle Nichtprofessionelle, sogenannte LaiInnen, für die Unterstützung einer Gruppe von sogenannten Schizophrenen einsetzten. Gegründet wurde es 1971, eingestellt 1983. Ebenfalls als Forschungsprojekt wurde das Parallelprojekt »Emanon« von 1975 bis 1980 durchgeführt, unter anderer Trägerschaft und mit einer

veränderten Teamstruktur. Das bekannter gewordene ist allerdings das Projekt in San José (Mosher 1995). Einer seiner Initiatoren, der US-amerikanische Psychiater Loren Mosher, arbeitete zuvor mit Ronald Laing zusammen. Laing war neben David Cooper einer der Begründer von Kingsley Hall. Diese Einrichtung stellte ein richtungsweisendes Alternativprojekt in London dar, dessen Betreiber sich vom kritischen philosophischen Gedankengut der französischen Existentialisten um Jean-Paul Sartre und der radikalen sozialen Praxis der US-amerikanischen Schwarzenbewegung für Gleichberechtigung inspiriert fühlten. Ziel von Kingsley Hall war nicht, wie bei den bislang bestehenden therapeutischen Gemeinschaften, die Wiederanpassung an die Gesellschaft,

»... sondern das Durchleben der eigenen Konflikte innerhalb einer geschützten Gruppe (Realitätsbezug), im Vertrauen darauf, dass sich die gesellschaftliche Reintegration von selbst wieder einstellen würde, als logische Folge der adäquaten Bearbeitung der inneren Krise, die immer als kreativ und nicht als pathologisch oder »sozial falsch« betrachtet wurde.« (Itten 1989, S. 22)

Das Soteria-Projekt wurde unter anderem auch deshalb eingerichtet, weil man gemerkt hatte, dass selbst gut ausgestattete Anstalten mit fortschrittlichem Anspruch aufgrund ihres institutionellen Charakters meist eine positive Beziehung zwischen den Betroffenen und ihren Behandlern verhindern, so Mosher und die Sozialarbeiterin Alma Menn (Mosher / Menn 1985). Hindernisse wurden im medizinischen Krankheitsmodell gesehen, in der Größe und Struktur der Institution und der neuroleptischen Behandlung. Da die Wirkung und die Erfolge der Soteria wissenschaftlich überprüft werden sollten, stellten die ForscherInnen zwei Gruppen zusammen. Die Betroffenen, die im Soteria-Haus lebten, bildeten die Experimentalgruppe; die Betroffenen, die in einer Psychiatrischen Anstalt einer normalen Behandlung unterzogen wurden, galten als Kontrollgruppe. Die Wahl von Nichtprofessionellen als BetreuerInnen begründeten die InitiatorInnen damit, dass Professionelle einschränkende Theorien über die sogenannte Schizophrenie haben, dass die Betroffenen als krank angesehen werden und dass sich so Etikettierungen und in deren Folge Verobjektivierungen und Stigmatisierungen kaum vermeiden lassen. Sogenannte LaiInnen reagieren demgegenüber tendenziell freier, spontaner und authentischer auf das, was manche eine »psychotische Reaktion« nennen. Eingestellt wurden schließlich BewerberInnen, welche die größte Fähigkeit besaßen, verrücktes Erleben und Handeln zu verstehen, und die in der Lage waren, eine konstante, beruhigende Anwesenheit herzustellen, ohne zudringlich, fordernd oder störend zu sein (Wilson 1982, S. 11).

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

Psychopharmaka wurden wegen ihrer Auswirkungen für eine langfristige Rehabilitation als problematisch angesehen und sehr selten vergeben, d.h. nur bei einer tatsächlich vorhandenen Lebensgefahr oder wenn die Existenz des Projekts auf dem Spiel stand. Wenn sie verschrieben wurden, blieben sie unter Kontrolle der Betroffenen. Gegenüber psychiatrischen Einrichtungen wurde im Soteria-Projekt so wenig Struktur wie möglich vorgegeben. Die Verantwortung für die Belange des Hauses lag gleichberechtigt bei den Betroffenen und den BetreuerInnen. Zum Personal gehörte außer dem Laienteam allerdings ein Teilzeitpsychiater, der für die Supervision der MitarbeiterInnen zuständig war.

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

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

Und die Anzahl der Wiedereinweisungen in eine psychiatrische Anstalt lag bei der Soteria-Gruppe etwas niedriger. Die Kosten pro Person waren fast gleich hoch. Ende der 70er Jahre lief das Projekt aus. Eine weitere Finanzierung wurde abgelehnt. 1994 erschien mit »Dabeisein« das Manual zur Praxis in der Soteria, ein lebendig geschriebener Schlussbericht mit einer ehrlichen Darstellung sowohl der Erfolge als auch der Schwierigkeiten (Mosher / Hendrix 1994).

Was den Psychiatriebetroffenen im Soteria-Projekt offenbar gut getan hat, waren vor allem Menschen, die eine Atmosphäre der Ruhe, der Gelassenheit, Einfachheit, Klarheit, Toleranz, von Verständnis und Wärme herstellen konnten. Das Wesentliche, das Begrüßenswerte von Soteria war also:

- Überschaubarkeit der Projektgröße
- gering ausgeprägte Hierarchien und vorgegebene Strukturen
- gleichberechtigte Verantwortung für die Belange des Hauses bei Betroffenen und BetreuerInnen
- Verzicht auf Etikettierung und auf psychopathologisch verbildetes Personal
- Verständnis sogenannter Psychosen als extreme Erlebnis- und Verarbeitungsformen
- verständnisvolle MitarbeiterInnen, die nicht gleich zudringlich werden, wenn sie etwas nicht verstehen oder durchsetzen

- Zurückhaltung gegenüber Neuroleptika, Einsatz nur bei tatsächlicher Lebensgefahr oder bei Existenzgefährdung des Projekts und unter Kontrolle der Betroffenen
- Dabeisein statt Behandeln.

Soteria und Alternativen zur Psychiatrie

Das kalifornische Soteria-Modell ist für Psychiatriebetroffene, die mehr als Chemo-behandlung wollen, von einiger Bedeutung. Andererseits blieben noch viele Fragen offen. Was ist mit älteren Psychiatriebetroffenen, für das die Soteria nicht vorgesehen war, was ist mit solchen mit Familie, was ist mit Kindern und Jugendlichen, was ist mit wiederholt Psychiatrierten? Und nicht zu vergessen: Soteria ist bei weitem nicht das einzige Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis. Deshalb soll hier das »Diabasis«-Projekt in San Francisco erwähnt sein. John Perry, der schon im Agnew State Hospital in Los Angeles in einer Studie die Überlegenheit psychopharmakafreier Behandlung nachgewiesen hatte, gründete mit seinem Kollegen Howard Levene ebenfalls in den 70er Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen. Darüber berichtete er 1977 in Rom beim 7. Kongress der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie:

»Wir vergaben keine Psychopharmaka. Wir hatten hohe Erwartungen, aber trotzdem waren wir über die Ergebnisse erstaunt. Die bemerkenswerteste Erfahrung war die Schnelligkeit, mit der diese Menschen von ihren psychotischen Zuständen herunterkamen: Die meisten kehrten zu einem kohärenten (zusammenhängenden, P.L.), rationalen Bewusstseinszustand innerhalb von 1-5 Tagen zurück, die längste »Rückkehr« dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptombefreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen. (... Perry gab auch sein Erfolgsgeheimnis preis, P.L.) An allererster Stelle steht die Einstellung der Mitarbeiter zu psychotischen Zuständen. Wir hatten quasiprofessionelle Berater ohne Psychopathologie-Ausbildung, und ihr übereinstimmender Standpunkt war, dass sich die psychiatrische Etikettierung zerstörerisch auf die Klienten auswirkt, weil dadurch deren Erfahrungen und Wesensarten abgewertet werden. Aus diesem Grund vertraten die Mitarbeiter die strikte Grundregel: Nicht etikettieren. Ihre allgemeine Haltung zeichnete sich durch Anteilnahme, Ermutigung, Unterstützung und Zuneigung aus. Die Atmosphäre im Haus war warm, stützend, offen und frei für den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit.« (Perry 1980, S. 194)

- Erwähnt sein soll weiterhin das »Burch-House« nahe der US-amerikanischen Kleinstadt Littleton, New Hampshire, das ebenfalls von einem Laing-Schüler gegründet wurde, dem Psychologen David Goldblatt. Beteiligt war auch Catherine Burch Symmes, eine Freundin Goldblatts, die dem Projekt ihr geräumiges Haus zur Verfügung stellte. Im Burch-House arbeiten bis zu vier vollzeitbeschäftigte TherapeutInnen, die

meistens zu verabredeten Zeiten ins Haus kommen. Das Haus bietet Platz für maximal acht BewohnerInnen sowie fünf PraktikantInnen: in der Regel StudentInnen der Psychologie oder Sozialarbeit. Diesen kommt eine besondere Bedeutung zu, denn gewöhnlich sind sie es, die von den BewohnerInnen aufgesucht werden, viel Zeit mit ihnen verbringen und mit ihnen in schweren psychischen Krisen zusammenleben (Goldblatt 1995a; Runte 2001, S. 44ff.). Auch im Burch-House verzichtet man weitgehend auf psychiatrische Psychopharmaka und auf Besserwisseri:

»Wir teilen nicht die Ansicht, dass emotionale Störungen biologische Ursachen haben, von Ausnahmefällen abgesehen, deswegen ist der Einsatz von Medikamenten bei einem Menschen in Not eher die Ausnahme als die Regel.« (Goldblatt 1995b, S. 330)

»Viele Experten legen es darauf an, dem armen Patienten weiszumachen, dass sie es sind, die er für seine Heilung braucht. Damit machen wir die Sache eigentlich nur schlimmer. Bei einer Psychose werden all diese Barrieren niedergeissen. Die Rollenaufteilung, wie sie sich beim Expertentum ergibt, muss aufgegeben werden zugunsten einer Haltung, nach der zwei gleichberechtigte Personen in einer Leidenssituation zusammenkommen, in der eine der Personen sich verloren hat. Zu glauben, man habe die Antwort auf Probleme einer anderen Person oder wisse, was für sie am besten sei, ist gleichfalls eine gefährliche Position. Dies deshalb, weil man unrealistische Erwartungen weckt und dem Therapeuten eine gottähnliche Rolle zuweist und die Illusion nährt, dass er oder sie dem Patienten überlegen sei.« (Goldblatt 1995c, S. 229)

»Nicht wir sind es, die Menschen heilen, sie selbst tun dies. Den Glauben zu unterstützen, Heilung komme von außen, macht das Problem für die Zukunft nur noch schwieriger. Menschen in emotionaler Not können, und das tun sie auch, ihre Schwierigkeiten überwinden, indem sie in einem sie unterstützenden Umfeld den Heilungsprozess selbst vorantreiben. Das Problem besteht darin, für Menschen in psychischer Not ein stabiles Umfeld zu schaffen, das sich nicht einmischt, sondern eher Hilfe anbietet. Zu verstehen, wie man sich um einen anderen Menschen kümmern kann, ohne sich in den Prozess, den er durchläuft, einzumischen, ist mit das Schwierigste, was für die Praxis therapeutischen Handelns zu lernen ist.« (Goldblatt 1995b, S. 331)

- Erwähnt sein soll weiterhin das »Santa Clara County Clustered Apartment Project«, eine größere Gemeinschaft Psychiatriebetroffener, die im Santa Clara County, Kalifornien, im Zentrum Santa Claras, in einem Vorort und auf dem Land leben. Ziel dieses Projekts ist nicht die sogenannte psychiatrische Rehabilitation, sondern die gegenseitige Unterstützung in einer prinzipiell als positiv beurteilten Subkultur nach dem Motto »interdependence instead of independence« (»gegenseitige Unterstützung statt Selbständigkeit«). Das Herauslösen der Betroffenen aus ihren Lebenszusammenhängen und ihre Absonderung in Anstalten oder gemein-

denahe Sondereinrichtungen läge eher im Interesse des Systems, nicht aber im Interesse der Betroffenen, die sich durch das Miteinandersein jederzeit, wenn erforderlich, gegenseitig helfen können. Die KlientInnen (ca. 68 bis 90 Personen in eigenen Wohnungen) können im Büro des Projekts nichtpsychiatrische, soziale Unterstützung von GemeindeförderInnen anfordern; im Gegensatz zur normalen Praxis ist diese Hilfe jedoch von psychiatrischer Behandlung strikt getrennt. So haben die Betroffenen das Recht und die Möglichkeit, ihre eigenen Bedürfnisse zu definieren und sich diejenige Hilfe zu holen, die sie wollen (Mandiberg 1995).

- Erwähnt sein soll weiterhin das »Windhorse Program for Recovery«, ein 1981 ursprünglich in Boulder, Colorado, von Edward Podvoll initiiertes Projekt, das aus intensiv betreuten Wohngemeinschaften mit Psychiatrierten besteht. Für Podvoll, einen buddhistisch orientierten Psychiater, stellt eine Psychose die natürliche Folge der besonderen Lebensumstände eines Menschen dar, die bestimmte Stadien durchläuft (»Teufelskreis des Verrückt-Werdens«, »Spirale des Größenwahns«) und die einer »natürlichen Heilung« zugänglich ist:

»Letzten Endes hängt die Heilung eines Psychotikers davon ab, welche Bereitschaft und Fähigkeit er besitzt, sich auf die detaillierte Erkundung seines eigenen Geisteszustandes einzulassen, und zwar aus eigenem Antrieb und ganz auf sich allein gestellt.« (Podvoll 1994, S. 169)

Inzwischen nach Halifax in der kanadischen Provinz Neuschottland sowie nach Northampton, Massachusetts, ausgedehnt, beruhen die Wohngemeinschaften auf Respekt, Alltagshilfen und Hilfe beim Reduzieren und Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka (Fortuna 1995; Runte 2001, S. 97ff.). Im »Haus der Freundschaft« leben ehemalige LangzeitsassInnen und HausgenossInnen, die von 30 zum Großteil ehrenamtlichen HelferInnen unterstützt werden. Schlüsselwort für beide Varianten des Projekts ist die »Basisbetreuung«: Für drei Stunden täglich steht den einzelnen Betreuten jemand zur Verfügung, um genau das zu tun, was diese gerade brauchen. Das kann alles sein, ein Spaziergang, zusammen aufräumen, ins Kino gehen, reden, schweigen. Es klingt einfach, erfordert aber, wie sich Podvoll ausdrückt: »präsent sein«, »den andern einlassen«, »gewähren lassen«, »mitnehmen«, »wahrnehmen«, die »Entdeckung der Freundschaft«.

- Erwähnt sein soll weiterhin das Hotel »Magnus Stenbock« im schwedischen Helsingborg. Es wird vom nationalen Selbsthilfeverband RSMH betrieben. Dort können Psychiatriebetroffene in Einzelappartements wohnen, und in den Gemeinschaftsräumen finden sie bei Bedarf Ansprache, ZuhörerInnen und Gleichgesinnte. Es ist eine einzigartige Einrichtung für die Masse von Psychiatriebetroffenen, die nur eines wollen und dieses fast nirgendwo bekommen: einen eigenen Ort haben und in Ruhe gelassen werden, wenn sie es wünschen. Finanziert wird das Hotel von der Helsingborger Stadtverwaltung, die erkannt hat, dass eine solche Unterbringung weitaus kostengünstiger ist als eine psychiatrische »Versorgung« (Jespersen 1998).

Wieso müssen solche Projekte, die Praxis werden, immer im Ausland sein? Die Ausnahme, die es im deutschen Sprachraum gibt, scheint die Regel zu bestätigen, dass die institutionelle Psychiatrie hierzulande keine Alternativen zulässt. Diese Ausnahme stellt das Weglaufhaus Berlin dar, das es bisher als einziges anti- und nichtpsychiatrisches Projekt geschafft hat, sich als offizielle Institution zu etablieren, d.h. eine Einrichtung mit formaler behördlicher Zulassung und, was wesentlich wichtiger ist, mit bezahlten, am Bundesangestelltentarif orientierten Stellen. Nicht mit Psychopharmakaverabreichung und diagnostischen Zuschreibungen, sondern mit Dabeisein und sozialer Unterstützung kümmern sich die MitarbeiterInnen im Weglaufhaus, allesamt keine sogenannten psychiatrischen Fachkräfte, in Krisenzuständen um solche Psychiatriebetroffene, die Hilfe wollen, ohne es aber mit der Psychiatrie zu tun bekommen zu müssen. In die Konzeption sind sowohl die Erfahrungen langjähriger nichtpsychiatrischer Selbsthilfe eingeflossen als auch diejenigen holländischer Weglaufhäuser und der kalifornischen Soteria (Wehde 1991). In ihrem Praxisbericht »Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus« fasste Kerstin Kempker das Besondere im Weglaufhaus zusammen:

»Die Verantwortung bleibt bei den BewohnerInnen. Das geht nur, wenn wir sie nicht für zeitweise fremdbestimmt, nicht für krank halten.

Krisen dürfen sein und werden nach Möglichkeit von uns begleitet, auch mal rund um die Uhr. Schwierig wird es nur, wenn der Kontakt ganz abbricht, Absprachen nicht mehr möglich sind.

Wir üben keinen Zwang aus und garantieren einen psychiatriefreien Raum.

Akten, die wir führen müssen, z.B. Befürwortungen der Kostenübernahme oder Entwicklungsberichte, sind den Betroffenen jederzeit zugänglich. Sie bestimmen mit, welche Mitteilungen an welche Stellen gehen.

Es gibt mit der Hausversammlung, der Vollversammlung, dem Team und dem Vereinsplenum durchschaubare und demokratische Entscheidungsgremien, die alle mit einem Vetorecht der Betroffenen ausgestattet sind.

Die fest angestellten MitarbeiterInnen tun und verdienen das gleiche, egal was sie gelernt haben. Mindestens die Hälfte sind Betroffene.« (Kempker 1998, S. 23)

Neben dem Weglaufhaus stellte das inzwischen wieder aufgegebene »Biotop Mosbach« eine rühmliche Ausnahme unter all den psychiatrischen Einrichtungen dar. In einer kleinen Einrichtung betrieb die aus Ungarn stammende psychoanalytisch orientierte Psychiaterin Lilla Sachse in Süddeutschland mit einer Gruppe sogenannter Laien ein kleines Notfallhaus für Menschen in akuten Krisen zur Verhinderung von Anstaltseinweisungen (Sachse 1998). Um einiges näher an der Psychiatrie dagegen ist das Kölner Pilotprojekt »Hotel Plus«, ein vom Deutschen Roten Kreuz e.V. betriebenes und an der »Philosophie der akzeptierenden Hilfe« orientiertes Angebot der Kölner Nichtsesshaftenhilfe. Um eine gesundheitlich-soziale Verelendung als psychisch krank diagnostizierter Notleidender zu mildern oder zu beheben, sollen diese mit Notschlafstellen, »Hotels« und

Einzel- bzw. Gruppenwohnungen weitgehend vorbehaltlos unterstützt und begleitet werden, selbst wenn sie die üblichen psychiatrischen Maßnahmen ablehnen (Prietz u.a. 1996). Allerdings ist der Trägerverein mittlerweile mit einem Beratung und psychiatrische »Pfleger« anbietenden Sozialpsychiatrischen Zentrum vernetzt, so daß es wenig überrascht, daß die MitarbeiterInnen des Hotel Plus (eine Psychiatriekrankenschwester, zwei Sozialpädagogen und ein Krankenpfleger) im Rahmen ihrer »behutsamen« Krisenintervention ab und zu zur Psychopharmakaeinnahme überreden und Depotneuroleptika verabreichen (Projektgruppe 1999, S. 17f.).

Zu den in Deutschland, Österreich und der Schweiz zum Teil neu geplanten, zum Teil jedoch seit Jahren in der Planungsphase verharrenden (oder mangels Unterstützung wieder aufgegebenen) Projekte gehören

- die aktuell in Berlin-Mitte vom Verein »Für alle Fälle e.V.« geplante nutzerkontrollierte Kontakt- und Beratungsstelle für Psychiatriebetroffene, verbunden mit zukunftsweisenden Weiterbildungsangeboten für Betroffene und interessierte Professionelle (www.faele.org)
- die vom Berliner Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. projektierte nichtpsychiatrische Einzelfallhilfe (Weglaufhaus 2001)
- die vom betroffenenkontrollierten Verein Offene Herberge e.V. im Stuttgarter Großraum geplante Alternative zur Psychiatrie mit zwei therapeutischen Wohngemeinschaften für insgesamt 13 Personen, einer Kriseninterventionseinheit (»Mini-Soteria«) und einer Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion (Projekt »Herbergshaus« 2000)
- das Windhorse-Projekt im rheinland-pfälzischen Frankenthal, eine an der erwähnten Basisbetreuung des von Edward Podvoll initiierten »Windhorse Programm for Recovery« orientierte »alternative Behandlung und Betreuung von schizophran erkrankten Menschen«, 1998 gegründet von einer Gruppe von Studierenden der evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen, einem Psychiater und einer Sozialarbeiterin (Windhorse-Gruppe Frankenthal ca. 2000)
- das am Soteria-Konzept angelehnte »Krisenhaus« in Wien, in dem Menschen schwere seelische Krisen auf Wunsch ohne Psychopharmaka durchleben und Neuorientierung im alltäglichen Umgang mit sich und anderen finden sollen (Ver-ein Freiräume 2000)
- das seit Jahren geplante Projekt »Tollhaus« in Köln, ein Soteria-artiges Krisenhaus, in dem die Möglichkeit bestehen soll, Krisen in persönlicher, individueller, alltagsnaher und nicht-klinischer Atmosphäre in aller Regel psychopharmakafrei zu bewältigen und durch Förderung von Selbsthilfepotentialen selbstbestimmte Wege daraus zu entwickeln, wobei nicht nur Ärzte, Sozialarbeiter und Psychologen, sondern auch Psychiatriebetroffene mit ihrer speziellen »Lebenserfahrung auch im

Umgang mit ihrer jeweiligen Erkrankung einen wesentlichen Beitrag zur therapeutischen Arbeit« leisten können sollen (»Toll-Haus« 2001)

- das aus dem aufgegebenen »Zufluchtshaus«-Projekt in Nürnberg (Pandora e.V. 1994) entstandene neue Projekt »Selbst« (»Selbsthilfe-Informationsstelle zu Psychosebewältigung, Psychopharmaka, Psychotherapie«), geplant vom Selbsthilfeverein Pandora e.V., der unter anderem beim Absetzen von Psychopharmaka helfen und begleiten will (Pandora e.V. ca. 2000)
- das Projekt »Oase«, einem spirituellen Haus des im Stuttgarter Umkreis ansässigen Fördervereins NeuAnfang e.V., das bei einem Neuanfang nach Krisen entsprechend den Grundsätzen des sogenannten Schritteprogramms anonymer Selbsthilfegruppen Hilfestellung geben will (Förderverein ca. 2000)
- die geplante Soteria nach Hannoverschem Modell, einem trialogischen, d.h. Betroffene und Angehörige einbeziehenden sozialpsychiatrischen Modell der klinisch-psychiatrischen Akutbehandlung, und zwar auch der Personengruppe, die bei Moshers Pilotprojekt noch ausgeklammert war: älterer und wiederholt psychiatrisierter Menschen (Debus u.a. 1999)
- das 1997 geplante »Friedenshaus« in Dresden, ein Clubhaus, in dem alternative Behandlungs- und Therapieangebote stattfinden sollen sowie Selbsthilfe zur Vermeidung von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlung, außerdem Hilfe und Unterstützung bei Suchtmittel- und Medikamentenentzug, und zwar unter gemeinsamer Leitung von MitarbeiterInnen und Betroffenen (Dederke 1997)
- das 1997 geplante Selbsthilfe- und Therapiezentrum »Dolgener See« bei Rostock, ein Schutzraum für Frauen mit sexueller Gewalterfahrung, in dem sie sich selbstbestimmt und unter psychotherapeutischer Begleitung mit ihren Traumata auseinandersetzen können (Therapiezentrum 1997)
- die seit 1995 geplante nichtpsychiatrische, psychotherapeutische und Soteria-artige Kriseneinrichtung und therapeutische Gemeinschaft, die die Gruppe um den Psychologen und Laing-Schüler Theodor Itten im Raum von St. Gallen und in Anlehnung an sein Konzept der Lebensgemeinschaft »Villa Therapeutica« aufbauen will (Villa Therapeutica 1995)
- das seit 1995 geplante Weglaufhaus Ruhrgebiet, vom Modell her eine weitgehende Kopie des Berliner Weglaufhauses (Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet 1995).

Alternativen zur Psychiatrie werden alle möglichen Steine in den Weg gelegt. Das Weglaufhaus Berlin ist ein hervorragendes Beispiel hierfür. Selbst ab dem Zeitpunkt, als ein Angehöriger dem Trägerverein eine Millionenspende zum Ankauf eines Hauses bereit gestellt hatte, dauerte es noch sieben Jahre, bis die bürokratischen Hürden überwunden waren und das Weglaufhaus eröffnet werden konnte (Brückner 1998).

Immer massiver werden die Forderungen von Psychiatriebetroffenen, in Deutschland, in Europa und weltweit, nach mehr Berücksichtigung ihrer Interessen, insbesondere nach

- Verbesserung ihrer Rechtsstellung
- rechtlicher Gleichstellung mit gesunden und kranken Normalen
- umfangreicher und vorschriftsmäßiger Aufklärung über die Gefahren psychiatrischer Behandlungsmaßnahmen
- Unterstützung individueller »Resozialisierungs«-Maßnahmen sowie
- schrittweiser Umwidmung von Finanzmitteln der Anstalts- und gemeindenahen Psychiatrie. Denn diese Gelder werden zur Finanzierung von Alternativprojekten und ausreichender Lebensverhältnisse für die freikommenden Anstaltsinsassen benötigt. Diese brauchen Wohnraum ohne therapeutischen Zwang
- bezahlte Arbeit statt Arbeitstherapie
- Entgiftungs- und Kurmaßnahmen und
- Starthilfe und Schmerzensgeld für die in der Psychiatrie erlittenen Schäden und Demütigungen (Lehmann / Stastny / Weitz 1993).

Resümee

Soteria im bestgemeinten Sinn, d.h. nahezu keine Psychopharmaka, keine Diagnosen, statt dessen Beistand durch Dabeisein und wesentliche Beteiligung erfahrener Psychiatriebetroffener und sogenannter Laien: Das wünschen sich viele Psychiatriebetroffene, speziell vor dem Hintergrund der normalen Psychiatrie.

Wie alle für Psychiatriebetroffene positiven Errungenschaften ändern Psychiater auch das Soteria-Konzept. Schon 1981, kaum waren die ersten Artikel über die kalifornische Soteria veröffentlicht, äußerte der Psychiater Hans-Jürgen Möller bei einem Psychiatertreffen anlässlich des Neubaus der Janssen GmbH in Rosellen bei Düsseldorf, es sei nutzlos, psychische Störungen mit psychologischen Methoden anzugehen, Studien hätten dies bewiesen. Auch die Soteria-Studie habe belegt, dass die Bedeutung der Neuroleptika im Gesamtbehandlungsplan nicht in Frage gestellt werden könne. Die Untersuchung habe lediglich gezeigt, dass, so seine Worte,

»... akute Psychosen bei geduldigem Abwarten spontan remittieren (nachlassen, P.L.) können. (...) Rechtlich gesehen ist die Vorenthaltung von Neuroleptika bei akuten Psychosen nicht exkulpierbar (entschuldbar, P.L.).« (Möller 1983, S. 231f.)

Die gleiche Argumentationsweise praktizierte Möllers Kollege Asmus Finzen, als dieser bei einem Workshop im Mai 1996 in Rostock offenbar Angst machen wollte: nach seiner Erfahrung sei es ein Kunstfehler, bei einer sogenannten akuten Schizophrenie keine Neuroleptika zu verabreichen (»Vorurteile« 1997).

So legt man z.B. in der Berner Sozialpsychiatrischen Universitätsanstalt ausdrücklichen Wert darauf, dass in der 1984 eröffneten und ihr unterstellten Soteria-Abteilung die Macht in den Händen von Psychiatern liegt und dass entsprechend der psychiatrischen Krankheitsideologie gearbeitet wird. Psychiatrische Psychopharmaka gelten in der Berner Soteria offiziell als »segensreich« (Ciompi 1989; vgl. Wehde 1991, S. 48f.; Ciompi u.a. 1995). Die in einer Psychiatrischen Anstalt in Bremen arbeitende Psychologin Bettina Kroll kritisierte die neuroleptikakritische Haltung in Moshers Soteria als »ideologisch bestimmte antineuroleptische Position« und plädierte dagegen für eine »initiale Niedrigdosierung« (Kroll 1998, S. 71).

Das Soteria-Konzept kann nicht nur psychiatrisch verbogen, sondern auch missbraucht werden, um unliebsame Kritik an der herrschenden Ideologie und Praxis der biologischen Psychiatrie abzublocken. Ca. 1995 fand beispielsweise im Schweizer Fernsehen eine Diskussion zum Thema Psychiatrie statt, bei der u.a. Marc Rufer, ein kritischer Arzt und Psychotherapeut aus Zürich, und Luc Ciompi, der Chef der Berner Soteria, beteiligt waren. Rufers Kritik an den riskanten und mit der Gefahr von Dauerschäden behafteten Neuroleptika entgegnete Ciompi sinngemäß, was wolle Rufer denn, in Bern gäbe es doch eine Soteria mit einem weichen Zimmer. So leicht kann der Name Soteria missbraucht werden, um das Bild der zweifelhaften psychiatrischen Psychodrogen in der Öffentlichkeit strahlend weiß zu erhalten, so leicht kann ein weiches Zimmer hier und da benutzt werden, um die Kritik an den gewöhnlichen psychiatrischen Zuständen abzuschmettern, so leicht kann eine Soteria als Maßnahme dienen, um der Begründung für all die von Psychiatriebetroffenen initiierten oder gewünschten Bausteine einer Alternative zur Psychiatrie den Boden zu entziehen.

Sind in eine Reformeinrichtung die Soteria-spezifischen Charakteristika

- Respekt und Dabeisein
- gemischtes Team ohne Hierarchie
- Wertschätzung von Vorurteilsfreiheit und von Menschen ohne psychiatrische Verbildung
- Zurückhaltung mit Diagnosen
- Zurückhaltung im Glauben an eine psychiatrische Fachkompetenz
- Kritische Haltung gegenüber Neuroleptika und anderen psychiatrischen Psychopharmaka

vorhanden, kann davon ausgegangen werden, dass viele Psychiatriebetroffene ein solches Projekt als einen überfälligen Schritt auf dem Weg weg von Medizinalisierung psychischer Probleme, weg von Chemobehandlung und hin zu angemessener, selbst definierter Hilfe, Empowerment und Selbstbestimmung begrüßen werden. Aber nur dann. Ansonsten bleibt es bei der Hoffnung auf das geringere Übel, einer Hoffnung verminderter Qualität.

Quellen

- Brückner, Burkhard: »Vom Traum zur Wirklichkeit. Die politische Realisierungsgeschichte des Weglaufhauses«, in: Kerstin Kempker (Hg.): »[Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus](#)«, Berlin 1998, S. 40-57
- Chamberlin, Judi: »[Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfebewegung](#)«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »[Statt Psychiatrie](#)«, Berlin 1993, S. 300-317
- Ciampi, Luc: Diskussionsbemerkung zu: »Neuroleptika unerlässlich – oder gefährlich?«, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Bonn, 8.-10. Dezember 1989, Forum II vom 9. Dezember 1989
- Ciampi, Luc u.a.: »The pilot project »Soteria Berne«: clinical experiences and results«, in: Richard Warner (Hg.): »Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment«, Washington / London 1995, S. 133-151
- Debus, Stephan / Horn, Detlef / Machleidt, Wielant: »Soteria: Was ist darunter im Hannoverischen Modell zu verstehen?«, in: Wielant Machleidt / Horst Haltenhof / Petra Garlipp: »Schizophrenie – eine affektive Erkrankung?«, Stuttgart 1999, S. 257-265
- Dederke, Elisabeth: Faltblatt, Dresden 1997
- European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry: [Kommentar zu: WHO Quality Assurance in Mental Health Care](#): »Draft. Human rights of people with mental disorders« (1997); veröffentlicht im »Forum – The Declaration of Madrid and current psychiatric practice: users' and advocates' views«, in: Current Opinion in Psychiatry, Vol. 12 (1999), No. 1, S. 6-7
- Förderverein NeuAnfang e.V., Faltblatt, Nufringen ca. 2000; siehe auch [www.neu-anfang.de](#)
- Fortuna, Jeffrey M.: »The Windhorse Program for Recovery«, in: Richard Warner (Hg.): »Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment«, Washington / London 1995, S. 171-189
- Goldblatt, David: »Burch House, Inc., Bethlehem, New Hampshire: history and description«, in: Richard Warner (Hg.): »Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment«, Washington / London 1995[a], S. 155-168
- Goldblatt, David: »Die Psychose durcharbeiten«, in: Thomas Bock u.a. (Hg.): »Abschied von Babylon«, Bonn 1995[b], S. 325-332
- Goldblatt, David: »Zwei Wochen des Dabeiseins – Die Integration der Psyche in die Person«, in: Thomas Bock u.a. (Hg.): »Abschied von Babylon«, Bonn 1995[c], S. 223-230
- Haley, Jay: »Schizophrene verdienen Familientherapie und nicht gefährliche Medikamente und Management«, in: [Pro Mente Sana Aktuell \(Weinfelden/Schweiz\), 1989, Nr. 3](#), S. 46-48
- Harvey, Kate: »A worker's part in the struggle to return power to the users«, in: Ingrid Parker / Edward Peck (Hg.): »Power in strange places. User empowerment in mental health services«, London 1987, S. 10-11
- Itten, Theodor: »Gleiches heilt Gleiches«, in: [Pro Mente Sana Aktuell \(Weinfelden/Schweiz\), 1989, Nr. 3](#), 1989, Nr. 3, S. 22-23 u. 26
- Jespersion, Maths: »Das Hotel Magnus Stenbock. Ein nutzerkontrolliertes Haus in Helsingborg«, in: Kerstin Kempker (Hg.): »[Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus](#)«, Berlin 1998, S. 71-76

- Kempker, Kerstin: »Was ist das Weglaufhaus?«, in: dies. (Hg.): »[Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus](#)«, Berlin 1998, S. 13-23
- Kempker, Kerstin: »[Teure Verständnislosigkeit – Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie](#)«, Berlin 1991
- Kempker, Kerstin / Lehmann, Peter: »Nichts soll so sein wie in der Psychiatrie! Vom Weglaufhaus Berlin zum Weglaufhaus Zürich?«, in: [Pro Mente Sana Aktuell \(Weinfelden/Schweiz\), 1993, Nr. 1](#), S. 37-38
- Knuf, Andreas / Seibert, Ulrich: »[Selbstbefähigung fördern](#)«, Bonn 2000
- Kroll, Bettina: »Mit Soteria auf Reformkurs«, Gütersloh 1998
- Lamovec, Tanja: »Empowerment of psychiatric users«, in: *Out Loud – New thoughts about mental health from the states of Central and Eastern Europe* (London), Sommer 1997, S. 18-19
- Lehmann, Peter: »[Nutzerkontrolle via Internet](#)«, in: *Kerbe*, 19. Jg. (2001[a]), Nr. 2, S. 21-22
- Lehmann, Peter: »[Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie](#)«, in: Karin Roth (Hg.): »Antipsychiatrie. Sinnerzeugung durch Entfesselung der Vielstimmigkeit« (*Zeitschrift für systemische Therapie*, 19. Jg., Nr. 4), Dortmund 2001[b], S. 264-270
- Lehmann, Peter: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »[Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken](#)«, Band 2: »[Wie Psychopharmaka den Körper verändern](#)«, Berlin 1996
- Lehmann, Peter: »Wenn Psychiater zu viel von Empowerment reden«, in: *Aktion Psychisch Kranke* (Hg.): »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«, Band 1, Bonn 2001b, S. 368-373
- Lehmann, Peter / Stastny, Peter / Weitz, Don: »Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »[Statt Psychiatrie](#)«, Berlin 1993, S. 449-482
- Mandiberg, James: »Can interdependent mutual support function as an alternative to hospitalization? The Santa Clara County Clustered Apartment Project«, in: Richard Warner (Hg.): »Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment«, Washington / London 1995, S. 193-209
- Möller, Hans-Jürgen: Diskussionsbemerkung, in: Hanns Hippus / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen 1983, S. 231-232
- Mosher, Loren M.: »The Soteria-Project: first-generation American alternatives to psychiatric hospitalization«, in: Richard Warner (Hg.): »Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment«, Washington / London 1995, S. 111-129
- Mosher, Loren M. / Hendrix, Voyce: »Dabeisein. Das Manual zur Praxis in der Soteria«, Bonn 1994
- Mosher, Loren R. / Menn, Alma Z.: »Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt«, in: Helm Stierlin / Lyman C. Wynne / Michael Wirsching (Hg.): »Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie«, Berlin usw. 1985, S. 105-122
- Novertné, Klaus: »Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen?«, in: *Institut für kommunale Psychiatrie* (Hg.): »Auf die Straße entlassen – obdachlos und psychisch krank«, Bonn 1996, S. 30-36
- Pandora e.V.: »Das Zufluchtshaus – Konzept«, in: *Infoblatt Psychiatrie* (Nürnberg), 1994, Heft 21, S. 4-7
- Pandora e.V.: »Konzept für ein Selbsthilfe-Beratungsprojekt für Psychoseerfahrene«, unveröffentlichtes Manuskript, Nürnberg ca. 2000

- Peeck, Gisela / von Seckendorff, Christoph / Heinecke, Pierre: »[Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung](#)«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg. (1995), Nr. 4, S. 30-34
- Perry, John W.: »Psychosis as visionary state«, in: Ian F. Baker (Hg.): »Methods of treatment in analytical psychology«, Fellbach 1980, S. 193-198
- Podvoll, Edward M.: »[Verlockung des Wahnsinns. Therapeutische Wege aus entrückten Welten](#)«, München 1994;
- Prietz, Mechthild u.a.: »Das Kölner Kooperationsmodell«, in: Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.): »Auf die Straße entlassen – obdachlos und psychisch krank«, Bonn 1996, S. 173-181
- »Das Projekt »Herberghaus im Raum Stuttgart«, unveröffentlichtes Manuskript, Stuttgart 2000; siehe auch <http://offene-herberge.de>
- Projektgruppe des Sozialamtes, Gesundheitsamtes und des Amtes für Wohnungswesen: »Pilotprojekt: Hotel Plus. Konzept und erste Auswertung einer neuen Hilfeform für Wohnungslose mit psychiatrischen Problemen«, Stadt Köln 1999
- Roth, Karin: »[Geschichte und Entwicklung des European Network of \(ex-\) Users and Survivors of Psychiatry](#)«, Berlin 2000
- Runte, Ingo: »Begleitung höchst persönlich. Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen«, Bonn 2001
- Sachse, Lilla: »[Heilsame Erfahrungen – Das Biotop Mosbach. Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychotische Krisen](#)«, Neumünster 1998
- Stark, Wolfgang: »Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis«, Freiburg 1996
- Stöckle, Tina: »[Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatricopfern](#)«, Frankfurt a.M. 1983
- Therapiezentrum für Frauen und Mädchen Dolgener See e.V.: Faltblatt, Dolgen 1997
- »Das Toll-Haus Köln. Eine Alternative zur akuten psychiatrischen Versorgung in Köln«, in: Psychosoziale Umschau, 16. Jg. (2001), Nr. 1, S. 37; siehe auch www.toll-haus.de
- Verein Freiräume: »Das Krisenhaus – Projektbeschreibung«, Faltblatt, Wien 2000
- Villa Therapeutica: [Konzept](#), Broschüre, 3., überarb. Auflage, St. Gallen 1995; siehe auch: »Villa Therapeutica – St. Gallen (Schweiz)«, in: Karl-Ernst Brill: »Die Soteria-Idee lebt. Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven«, Bonn 1996, S. 99-106
- »Vorurteile oft aus Unkenntnis«, Bericht über einen Vortrag von Asmus Finzen, in: Lichtblick (Wismar), 4. Jg. (1997), Nr. 1, S. 34-35
- Weglaufhaus Berlin, Faltblatt, Berlin 2001
- Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet: Konzeption, Broschüre, Bochum 1995
- Wehde, Uta: »[Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene](#)«, Berlin 1991
- Wilson, Holly S.: »Deinstitutionalized residential care for the mentally disordered. The Soteria House approach«, New York 1982
- Windhorse-Gruppe Frankenthal: »Alternative Behandlung und Betreuung von schizophren erkrankten Menschen«, unveröffentlichtes Manuskript, Frankenthal ca. 2000
- World Health Organization / European Commission: »Balancing mental health promotion and mental health care: a joint World Health Organization / European Commission meeting«, Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel 1999; siehe auch www.enusp.org/consensus.htm

Copyright © by Peter Lehmann 2002

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Lehmann, Peter:

Soteria und Empowerment: über die Interessen Psychiatrie-Betroffener
/ Peter Lehmann. – Berlin : Lehmann, Antipsychiatrieverl., 2002
(Edition Libera im Peter-Lehmann-Antipsychiatrieverlag)
ISBN 3-925931-24-4

Fordern Sie unverbindlich und kostenfrei unsere Verlags- und Versandliste mit ca. 150 psychiatriekritischen Titeln an:

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag & Versandbuchhandel
Zabel-Krüger-Damm 183, D-13469 Berlin
Tel. +49 / (0)30 / 85 96 37 06 (Mo, Mi & Fr, 10-16 Uhr)
Fax: +49 / (0)30 / 40 39 87 52
eMail: [info\[at\]antipsychiatrieverlag.de](mailto:info[at]antipsychiatrieverlag.de)

Außerdem laden wir Sie ein zum Besuch unserer Internet-Website

www.antipsychiatrieverlag.de

Dort finden Sie ca. 300 psychiatriekritische Titel sowie ausführliche Beschreibungen aller angebotenen Bücher, Broschüren, CD und Hörkassetten.

Neuerscheinung 2007 im Antipsychiatrieverlag:

[Peter Lehmann / Peter Stastny \(Hg.\): Statt Psychiatrie 2](#)

Das große Buch über Alternativen zur Psychiatrie in aller Welt. 61 Psychiatriebetroffene, Mediziner/innen, Sozialwissenschaftler/innen, Jurist/innen, Therapeut/innen, Psychiater/innen und Angehörige von allen Kontinenten berichten von ihrer alternativen Arbeit, ihren Zielen, Erfahrungen und Erfolgen. Das Buch informiert über die aktuellen Ansätze von Selbsthilfe und Alternativen im Falle akuter Verrücktheit sowie Wege zu einer Behandlung, die die Menschenrechte respektiert.