

Peter Lehmann

# Soteria und Empowerment

Über die Interessen Psychiatrie-Betroffener

Überarbeitete Fassung des Vortrags »Soteria-Ansatz in der Akutpsychiatrie aus der Sicht von Psychiatrie-Betroffenen«, gehalten bei der Fachtagung »Alternativen in der Akutpsychiatrie – Soteria« (veranstaltet vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.) am 20. September 1997 in Trier.

Sonderdruck

4., aktualisierte Auflage 1999

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag Berlin

Ich möchte eine Antwort geben auf die Frage: Wollen Psychiatrie-Betroffene eine Soteria? Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten, ohne zu klären, was das Soteria-Spezifische ist, das für Psychiatrie-Betroffene interessant sein könnte.

## Was wollen Psychiatrie-Betroffene?

Empowerment ist das Schlagwort, das die zentralen Interessen der Psychiatrie-Betroffenen, 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 Psychiatrie-Betroffene 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 oder schlicht um die Forderung, überhaupt als Person wahrgenommen werden, um das Einfordern von Verständnis. Empowerment demgegenüber, so die Definition, 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).

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 Infor-

mationen' 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 Psychiatrie-Betroffenen 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).

Soteria ist also enthalten, ein Gesichtspunkt unter vielen. 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 ausgewertet haben, kamen zu dem Schluß:

»Solange ein Arzt also immer noch glaubt, dem Patienten sein Selbstbestimmungsrecht, seine Würde, seine Phantasie, seine Kreativität und

\* Man darf nicht vergessen, daß ein nicht zu unterschätzender Teil der Psychiatrie-Betroffenen der Psychiatrie ihre Daseinsberechtigung abspricht, da Psychiatrie als Teil der Medizin niemals in der Lage sein könne, qualifiziert psychische Probleme sozialer Natur zu lösen. Sie könne einzig mit medizinischen Maßnahmen unerwünschte psychische Äußerungen manipulieren, z.B. durch hirnochirurgische Maßnahmen, durch Elektroschocks oder durch Psychodrogen (vgl. Haley 1989; Kempker 1991).

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 Psychiatrie-Betroffenen 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 Verrücktsein, dem Wahnsinn keine Angst haben und normwidriges Verhalten nicht nur negativ sehen.« (Stöckle 1983, S. 146)

Die 'Behandlungsprinzipien', die durch das Soteria-Projekt identifiziert wurden, sind – wie wir sehen – von Betroffenen aufgrund ihrer Erfahrungen und Bedürfnisse in Selbsthilfeprojekten angewendet worden. Psychiatrisch Tätige äußern auf die Frage, was sie an Unterstützung wollen, sollten sie selbst einmal verrückt werden, nahezu exakt dieselben Vorstellungen. Dies zeigte sich zuletzt beim Kongreß »Stationäre Alternativen«, der von der Schweizer Psychiatriestiftung Pro Mente Sana 1992 in Nottwil veranstaltet wurde. In der Arbeitsgruppe »Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene« durften sich Psychiater, SozialarbeiterInnen und Pflegekräfte ihre psychiatrische Praxis plastisch und realistisch vorstellen. Daraufhin nannten 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; Aus-

drucksarbeit unter neuroleptischer Panzerung; Zwangskommunikation; ZwangsschlafnachbarInnen; permanente Überwachung; reduzierte Privatsphäre.

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

Wo immer Psychiatrie-Betroffene sich unbeeinflusst und frei äußern, wird dieselbe Kritik laut, werden vergleichbare Vorstellungen genannt. Einen ähnlich klingenden Forderungskatalog wie der BPE legte dieses Jahr das Europäische Netzwerk von Psychiatrie-Betroffenen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, als es um eine Stellungnahme gebeten wurde. In dem 1991 gegründeten Netzwerk sind inzwischen Betroffenenorganisationen aus ca. 30 Ländern vertreten, von Finnland bis Italien, von den Färöer Inseln bis Bulgarien, von Litauen bis Griechenland. Diese repräsentative Organisation forderte die WHO auf, bei einer Neudefinition psychiatrischer Qualitätskontrolle unter anderem folgende Kriterien einzubeziehen:

- Vor der Verabschiedung von Gesetzen sollten nationale Organisationen Psychiatrie-Betroffener zu Hearings eingeladen werden. Auf allen Ebenen sollten Psychiatrie-Betroffene als Ombudsmänner und Ombudsfrauen vertreten sein.
- Es sollte unter Einbeziehung Psychiatrie-Betroffener 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 überwachen sowie die Entscheidungen von Ethikkommissionen bei Forschungsvorhaben.
- Psychiatrie-Betroffene sollten in die Ausbildung und Prüfungskommissionen von Psychiatern mit einbezogen sein, außerdem von Ärzten, PsychologInnen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen und BeschäftigungstherapeutInnen, 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 experimentelle Behandlungen sollten niemals an Zwangseingewiesenen durchgeführt werden, und niemals ohne informierte Zustimmung. Es sollte eine Beweislastumkehr erfolgen: Bei möglichen Schäden sollten die Institutionen und Personen, die die Maßnahmen durchführten, gezwungen sein nachzuweisen, daß die Schäden nicht von ihnen verursacht wurden.
- Folgendes sollte in psychiatrischen 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 von lokalen, regionalen und nationalen Selbsthilfegruppen  
 Angebot eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer  
 Teeküche auf jeder 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 psychiatrische Bett soll in einer Soteria-artigen Einrichtung stehen (European Network 1997).

## Was bedeutet Soteria?

Was ist das, woran Psychiatrie-Betroffene interessiert sind? Der Name Soteria kommt aus dem Griechischen und heißt Erlösung, Befreiung. Soteria war ursprünglich ein US-amerikanisches Projekt in San Jose (in der San Francisco Bay Area), 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 ein Parallelprojekt, genannt »Emanon«, von 1975 bis 1980 durchgeführt, unter anderer Trägerschaft und mit einer veränderten Teamstruktur. Das bekannter gewordene ist allerdings das Soteria-Projekt in San Jose (Mosher 1995). Einer seiner Initiatoren, der US-amerikanische Psychiater Loren Mosher, arbeitete zuvor mit Ronald Laing zusammen. Laing war neben

David Cooper und sonstigen Beteiligten 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 Lailinnen reagieren demgegenüber tendenziell freier, spontaner und authentischer auf das, was manche eine »psychotische Reaktion« nennen.

Eingestellt wurden schließlich Bewerber, die die größten Fähigkeiten 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 gefährdet war. 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 allesamt Neuroleptika erhalten hatten, zeigte sich ganz allgemein 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.

---

\* 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).



Ende der 70er Jahre wurde dem Soteria-Projekt die Finanzierung gestrichen, u.a. mit der Begründung, man habe bereits eine Psychiatrie und brauche nicht auch noch eine Alternative dazu.

Zusammenfassend läßt sich auf die Frage antworten, was den Psychiatrie-Betroffenen in Kalifornien offenbar gut getan hat, daß dies vor allem Menschen waren, die in der Lage sind, eine Atmosphäre der Ruhe herzustellen, der Gelassenheit, Einfachheit, Klarheit, Toleranz, von Verständnis und Wärme.

Das Wesentliche, das Begrüßenswerte von Soteria war also:

- Überschaubarkeit der Projektgröße
- So wenig wie möglich vorgegebene Strukturen und Hierarchien
- Gleichberechtigte Verantwortung für die Belange des Hauses bei Betroffenen und BetreuerInnen
- Keine Etikettierung
- Verständnis sogenannter Psychosen als extreme Erlebnis- und Verarbeitungsformen
- Kein psychopathologisch verbildetes Personal
- Verständnissvolle MitarbeiterInnen, die nicht gleich zudringlich werden, wenn sie etwas nicht verstehen oder durchsetzen
- Zurückhaltung gegenüber Neuroleptika, Einsatz nur bei tatsächlich vorhandener Lebensgefahr oder bei Existenzgefährdung des Projekts und unter Kontrolle der Betroffenen
- Dabeisein statt Behandeln.

## Soteria und Alternativen zur Psychiatrie

Das kalifornische Soteria-Modell ist also für Psychiatrie-Betroffene, die mehr als Chemotherapie wollen, von einiger Bedeutung. Andererseits sind noch viele Fragen offen. Was ist mit älteren Psychiatrie-Betroffenen, für die die Soteria nicht vorgesehen war, was ist mit solchen mit Familie, was ist mit Kindern und Jugendlichen, was ist mit wiederholt Psychiatrisierten? 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 wie Mosher in den 70er Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen, über das er 1977 in Rom beim 7. Kongreß der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie in einem Vortrag

»Psychosis As Visionary State« (»Psychose als visionärer Zustand«) berichtete.

»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*), rationalen Bewußtseinszustand innerhalb von 1 – 5 Tagen zurück, die längste 'Rückkehr' dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptomfreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.« (Perry 1980, S. 194)

Als Gründe für die Erfolge nannte Perry:

»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.« (ebd.)

- Erwähnt sein soll weiterhin das »Burch-House« nahe der amerikanischen Kleinstadt Littleton in 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). 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 niedergerissen. 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 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 gemeindenahen 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 GemeindegliederInnen 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 Programm 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 Psychopharmaka (Fortuna 1995). Im »Haus der Freundschaft« leben ehemalige LangzeitinsassInnen 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 Psychiatrie-Betroffene in Einzelappartments wohnen, und in den Gemeinschaftsräumen finden sie bei Bedarf Ansprache, Zuhörer und Gleichgesinnte. Es ist eine einzigartige Einrichtung für die Masse von Psychiatrie-Betroffenen, 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 vom schwedischen Staat, der ausgerechnet hat, daß ihm eine solche Unterbringung viele Ausgaben erspart (Jespersion 1998).

Wieso müssen solche Projekte, die Praxis werden, immer im Ausland sein? Die Ausnahme, die es in Deutschland 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, eine offizielle Institution zu werden, d.h. eine Einrichtung mit formaler behördlicher Zulassung und, was wesentlich wichtiger ist, mit bezahlten, am Bundesangestelltentarif orientierten Stellen.\*

Im Weglaufhaus in Berlin kümmern sich die MitarbeiterInnen, allesamt keine sogenannten psychiatrischen Fachkräfte, ohne Psychopharmaka und ohne Diagnosen, sondern durch Dabeisein in Krisenzuständen um solche Psychiatrie-Betroffene, die Unterstützung haben wollen, ohne es mit der Psychiatrie zu tun bekommen zu müssen. Das Weglaufhaus ist die einzige Einrichtung in Deutschland in dieser Art. In die Konzeption sind sowohl die Erfahrungen langjähriger nichtpsychiatrischer Selbsthilfe eingeflossen als auch diejenigen holländischer Weglaufhäuser und der kalifornischen Soteria (Wehde 1991). Kerstin Kempker hat bei der letzten Mitgliederversammlung des BPE das Besondere im Weglaufhaus zusammengefaßt:

»Die Verantwortung bleibt bei den Bewohner/innen. Das geht nur, wenn wir sie nicht für zeitweise fremdbestimmt, also 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 abbricht, Absprachen nicht mehr möglich sind.

Wir üben keinen Zwang aus und garantieren einen psychiatriefreien Raum.

Akten, die wir führen müssen, 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 Mitarbeiter/innen tun und verdienen das gleiche, egal was sie gelernt haben. Mindestens die Hälfte sind Betroffene.« (Kempker 1998)

Zu den in Deutschland und der Schweiz sich noch in der Planungsphase befindenden Projekte gehören

- das »Friedenshaus« in Dresden, ein Clubhaus, in dem alternative Behandlungs- und Therapieangebote stattfinden sollen sowie Selbsthilfe

\* Eine rühmliche Ausnahme unter all den psychiatrischen Einrichtungen stellt das »Biotop Mosbach« dar: eine kleine Einrichtung der aus Ungarn stammenden psychoanalytisch orientierten Psychiaterin Lilla Sachse, die in Süddeutschland mit einer Gruppe sogenannter Laien ein kleines Notfallhaus für Menschen in akuten Krisen zur Verhinderung von Anstaltseinweisungen betreibt (Sachse 1998).

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 »Zufluchtshaus« in Nürnberg, das als betreuter Lebensraum auf Zeit und ohne künstlich inszenierte therapeutische Beschäftigungen für Personen gedacht ist, die sich in einer Krisensituation befinden, bei denen die Krise jedoch noch nicht eskaliert ist, und in dem konfliktfähige Menschen mit Lebenserfahrung arbeiten und die Kenntnisse und Fähigkeiten von Psychiatrie-Betroffenen, LaiInnen und Sozialprofis und anderen Berufsgruppen kombiniert werden sollen (Pandora e.V. 1994)
- das Weglaufhaus Ruhrgebiet entsprechend dem Berliner Modell (Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet 1995).
- das 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 »Villa Therapeutica« der Gruppe um den Psychologen Theodor Itten, einem weiteren Schüler Laings, die ein nichtpsychiatrisches und psychotherapeutisch orientiertes Krisen-Gästehaus und eine therapeutische Lebensgemeinschaft aufbauen will (Villa Therapeutica 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 dem Trägerverein von einem Angehörigen eine Millionenspende zum Ankauf eines Hauses bereit gestellt wurde, dauerte es noch nahezu sieben Jahre, bis die bürokratischen Hürden überwunden waren und das Weglaufhaus eröffnet werden konnte (Brückner 1998).

Immer massiver werden die Forderungen von Psychiatrie-Betroffenen, 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 AnstaltsinsassInnen 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 wesentliche Beteiligung sogenannter Laien: das wünschen sich viele Psychiatrie-Betroffene, speziell vor dem Hintergrund der normalen Psychiatrie. Allerdings wollen sie keine Soteria, wo von der ursprünglichen Idee und Praxis fast nur noch der Name übrig wäre. Erwähnt sei an dieser Stelle, daß in der Schweiz 1984 begonnen wurde, unter Berufung auf das Projekt Moshers eine Soteria Bern einzurichten. Doch hier legt die Berner Sozialpsychiatrische Universitätsanstalt, der das Projekt unterstellt ist, ausdrücklichen Wert darauf, daß in ihrem Projekt die Macht in den Händen von Psychiatern liegt und entsprechend der psychiatrischen Krankheitsideologie gearbeitet wird. So gelten psychiatrische Psychopharmaka in der Berner Soteria offiziell als »segensreich« (Ciompi 1989; vgl. Wehde 1991, S. 48f.; Ciompi u.a. 1995).

Dies sollte bedenklich stimmen. Denn schon ist von Behandelten der Gütersloher Soteria zu hören, daß dort Neuroleptika recht bedenkenlos verabreicht würden.\*

Nachdenklich stimmt beispielsweise auch die personelle Besetzung der im hessischen LKH Eltville Eichberg am 8. Oktober 1997 durchgeführten Soteria-Veranstaltung, wo alle möglichen Psychiater (aus der Soteria Gütersloh kommen die Stationsleiterin Frau K. Kappert sowie Frau H. Knebusch), Angehörige und Pharmavertreter als RednerInnen eingeladen waren, die Betroffenen jedoch als aktive TeilnehmerInnen aus-

---

\* Optimistisch neugegründete Soteria-Einrichtungen wie in Frankfurt an der Oder erhalten nach dem Auslaufen von anfänglichen Fördermitteln keine Zahlungen von den Krankenkassen, möglicherweise deshalb, um alles zu verhindern, was auch nur den Keim einer Alternative enthält. So müssen sich die dortigen MitarbeiterInnen entscheiden, ob sie eine neue Arbeit suchen oder ihre Soteria-Arbeit unbezahlt als Hobby leisten sollen – eine auf Dauer unzumutbare Belastung (Stand: April 1999).

gegrenzt blieben. Das kalte Büfett für diese Veranstaltung sponserte die Firma Janssen-Cilag GmbH.

Ist die Neigung zum Psychopharmakagebrauch als Auswirkung einer psychiatrischen Ideologie anzusehen? – einer Ideologie, wonach nicht etwa der ungestüme Einsatz von Neuroleptika als Kunstfehler anzusehen ist, sondern genau die abwartende Haltung, die dem Soteria-Konzept zugrunde liegt? 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*) können. (...) Rechtlich gesehen ist die Vorenthaltung von Neuroleptika bei akuten Psychosen nicht exkulpiert (*entschuldigbar*).«  
(Möller 1983, S. 231f.)

Die gleiche Argumentationsweise praktizierte Asmus Finzen, als er 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).

Vor ca. zwei Jahren fand 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 Psychiatrie-Betroffenen initiierten oder gewünschten Bausteine einer Alternative zur Psychiatrie den Boden zu entziehen.

Dabei sind alternative Einrichtungen, in denen man Neuroleptika skeptisch gegenübersteht – nicht nur mit Worten bei öffentlichen Vorträgen (wenn überhaupt), sondern auch in der täglichen Praxis – für Psych-



iatrie-Betroffene von zentraler Bedeutung. Können Neuroleptika doch bereits nach relativ kurzen Behandlungsperioden mit niedrigen Dosierungen in beträchtlichem Ausmaß zu tardiven Dyskinesien führen, d.h. zu irreversiblen und nicht behandelbaren weitstanzähnlichen Muskel- und Bewegungsstörungen, die mit einer Verkürzung der Lebenserwartung einhergehen können. Weiterhin können Neuroleptika Geschwulste in den Brustdrüsen hervorrufen. Und außerdem stehen Neuroleptika im Verdacht, zellverändernd, krebserzeugend und fruchtschädigend zu sein, weshalb sie z.B. Schweinen auf Transporten in das Schlachthaus nicht zur Ruhigstellung gespritzt werden dürfen, damit die Substanzen nicht in die Nahrungskette gelangen. In den USA müssen seit 1978 Informationszettel zu Neuroleptika einen Warnhinweis enthalten, daß diese bei Nagetieren Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen hervorrufen können, wenn sie langfristig in der Dosierung verabreicht werden, die in der Dauerbehandlung üblich ist. Und Neuroleptika können schon bei einmaliger Verabreichung in kleinsten Dosierungen zu lebensgefährlichen Erstickungsanfällen führen. All diese Schäden, auch weitere wie chronische Rezeptorenveränderungen, die erhöhte Suizidgefahr oder etwa die Gefahr eines neuroleptischen Malignen Syndroms, sind in dem Buch »Schöne neue Psychiatrie« (Lehmann 1996) ausführlich beschrieben.

Deshalb ist an Soteria-MitarbeiterInnen die Frage zu stellen, ob sie sich offensiv mit der doppelten Bedrohung beschäftigen: einerseits der Gefahr, der die Behandelten durch Neuroleptika ausgesetzt sind, und andererseits dem Risiko, daß in ihrer Einrichtung jemand keine Neuroleptika erhält, dann zu Schaden kommt und – unter Berufung auf Meinungen wie die von Möller und Finzen – der Vorwurf erhoben wird, Schuld sei die Nichtverabreichung der Psychopharmaka, somit liege ein straf- und zivilrechtlich relevanter Kunstfehler vor. Dem Soteria-Ansatz nun vorzuwerfen, er löse die Psychiatriefrage nicht sofort und nicht umfassend, wäre allerdings vermessen und unsinnig. Doch ein kritischer Blick muß erlaubt sein, und die Ernsthaftigkeit eines Soteria-Ansatzes ist daran zu messen, ob ihre Betreiber die für Psychiatrie-Betroffene existentiellen Fragen in ihr Konzept mit einbeziehen und wie sie den ursprünglichen Ideen des kalifornischen Soteria-Ansatzes folgen, als da waren:

- 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
- Zurückhaltung mit Neuroleptika und anderen psychiatrischen Psychopharmaka.

Sind diese Bedingungen erfüllt, so ist davon auszugehen, daß viele Psychiatrie-Betroffene ein solches Projekt als einen überfälligen Schritt auf dem Weg weg von Medizinalisierung psychischer Probleme, weg von Chemobehandlung und hin zu Empowerment und Selbstbestimmung mit Freude begrüßen werden. Aber nur dann. Ansonsten bleibt es bei der Hoffnung auf das geringere Übel, einer Hoffnung vermindelter Qualität.

## Quellen

- Brückner, Burkhardt: »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 DGSP, 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
- 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
- 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 1995a, S. 155 – 168
- Goldblatt, David: »Die Psychose durcharbeiten«, in: Thomas Bock u.a. (Hg.): »Abschied von Babylon«, Bonn 1995b, 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 1995c, S. 223 – 230
- Haley, Jay: »Schizophrene verdienen Familientherapie und nicht gefährliche Medikamente und Management«, in: Pro Mente Sana Aktuell (Weinfelden/Schweiz), 1989, Nr. 3 (»Stationäre Alternativen«), 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 (»Stationäre Alternativen«), S. 22 – 23 u. 26
- Jespersen, 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: »8 Monate Weglaufhaus« (Vortrag bei der Jahresmitgliederversammlung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 1. September 1996 in Kassel); abgedruckt 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
- 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: »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 / 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

- Pandora e.V.: »Das Zufluchtshaus – Konzept«, in: Infoblatt Psychiatrie (Nürnberg), 1994, Heft 21, S. 4 – 7
- 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; Nachdruck in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V., 1996, Nr. 1, S. 8 – 12
- 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
- Sachse, Lilla: »Heilsame Erfahrungen - Das Biotop Mosbach. Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychotische Krisen«, Neumünster 1998
- Stöckle, Tina: »Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern«, Frankfurt a.M. 1983
- Therapiezentrum für Frauen und Mädchen Dolgener See e.V.: Faltblatt, Dolgen 1997
- Villa Therapeutica: Konzept, Broschüre, 3., überarb. Auflage, St. Gallen 1995
- »Vorurteile oft aus Unkenntnis«, Bericht über einen Vortrag von Asmus Finzen, in: Lichtblick (Wismar), 4. Jg. (1997), Nr. 1, S. 34 – 35
- Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet: Konzeption, Broschüre, Bochum 1995
- Wehde, Uta: »Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme«, Berlin 1991
- Wilson, Holly S.: »Deinstitutionalized residential care for the mentally disordered. The Soteria House approach«, New York 1982

© by Peter Lehmann 1999

Erhältlich nur direkt beim Peter Lehmann  
Antipsychiatrieversand Berlin.  
Fordern Sie unverbindlich unsere Verlags- und  
Versandliste mit ca. 200 psychiatriekritischen  
Titeln an:  
Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag & -versand  
Zabel-Krüger-Damm 183, D-13469 Berlin  
Tel. & Fax: 030 - 8596 3706  
<http://www.berlinet.de/user/Lehmann/>  
e-mail: [p.lehmann@berlinet.de](mailto:p.lehmann@berlinet.de)

