

Stefan Weinmann

**Erfolgsmythos
Psychopharmaka**



Stefan Weinmann

**Erfolgsmythos
Psychopharmaka**

**Warum wir die
Medikamentenbehandlung
in der Psychiatrie neu
bewerten müssen**

Psychiatrie-Verlag

Stefan Weinmann

Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir die Medikamentenbehandlung
in der Psychiatrie neu bewerten müssen

1. Auflage 2008

ISBN 978-3-88414-455-8 (Print)

ISBN 978-3-88414-720-7 (PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie;
detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>.

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Bei Medikamenten, die in diesem Buch ohne besondere Kennzeichnung aufgeführt sind, kann es
sich um gesetzlich geschützte Warenzeichen handeln, die nicht ohne Weiteres benutzt werden
dürfen.

© Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Lektorat: Uwe Britten, textprojekte, Geisfeld

Umschlag: Petra Nyenhuis, Bonn; unter Verwendung eines Fotos von www.photocase.de

Typografiekonzept: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck und Bindung: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch

FSC-zertifiziertes Papier verwendet.



Mix

Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten
Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften
www.fsc.org Zert.-Nr. GS-COC-1223
© 1996 Forest Stewardship Council

1 Über die Unverzichtbarkeit der Psychopharmaka 7

2 Diagnosen für Medikamente 19

Zum Nutzen psychiatrischer Diagnosesysteme 19

Kriterien für psychische Abnormität 33

Probleme medizinisch-psychiatrischer Diagnosesysteme 40

Universalität der Diagnose? Schizophrenie im Ländervergleich 53

Jaspers, Kraepelin und die Post-Psychiatrie 68

3 Argumente für Medikamente 82

Medikamente: Evidenz versus Kultur 82

Antipsychotika und die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie –
ein interessegeleitetes Bedingungsgefüge 86

Kleine Geschichte der Antipsychotika in der Psychiatrie 90

Antipsychotika und der Langzeitverlauf der Schizophrenie 111

Die Rolle der Medikamente im Recovery-Prozess 118

Die Kontroverse zu atypischen Antipsychotika 124

SSRI bei der Depression: Erfolg durch Selektion? 130

4 Beeinflussung psychiatrisch Tätiger und Forscher 156

Gründe für die Dominanz der Psychopharmakotherapie 156

Festlegung von »Themen« in Praxis und Forschung 169

5 Problembereiche medikamentöser Behandlung in der Psychiatrie 175

Polypharmazie: The dirty little secret of psychiatry 175

Mortalität und Medikamente: das Beispiel Antipsychotika 178

Kontrolle in der Psychiatrie: die Rolle der Medikamente 181

6 Sind wir ohne Alternativen? 186

Die *Soteria*-Studien 186

Anthropologie und Psychotherapie: Wie heilt ein Psychiater? 197

»Need-adapted treatment« in Skandinavien 205

Einbezug von Nutzern in Praxis und Forschung: Warum dies so schwierig ist 210

7 Konsequenzen für die Zukunft 216

Die psychiatrische Behandlung: langfristiger Nutzen 216

Patientenzentrierte Psychiatrie 218

Neubewertung medikamentöser Behandlung 221

Psychiatrie und Gesellschaft 233

Literatur 236

Der Autor 264

1 Über die Unverzichtbarkeit der Psychopharmaka – Einleitung

»Die psychiatrische Theorie ist vielleicht nicht sehr viel mehr als eine Sammlung von Begründungen für die breite Verwendung von Medikamenten ...«

(GELMAN 1999, eigene Übersetzung)

Die Psychiatrie gibt es nicht. Psychiatrisches Handeln kann und wird von Ort zu Ort und zu unterschiedlichen Zeiten verschieden sein. Die Art von Psychiatrie, wie sie derzeit in vielen Kliniken, Arztpraxen und psychiatrischen Zentren bei uns und zunehmend auch in nichtwestlichen Ländern praktiziert wird, besteht im klinischen Alltag zu einem bedeutenden Teil aus der Verschreibung des richtigen Medikamentes. Ein Großteil der ärztlichen Tätigkeit wird auf die Indikationsstellung, die Auswahl, die Beurteilung der Wirkung, die Sicherung der Compliance und die Behandlung der Nebenwirkungen von Psychopharmaka verwendet. In der Routineversorgung sind Medikamente bei vielen Kontakten zwischen Psychiatern oder anderen Ärzten und den von einer psychischen Erkrankung Betroffenen zentral und beeinflussen die Art der Kommunikation und Interaktion erheblich. Psychopharmaka können wichtige und segensreiche Medikamente sein, wenn sie sinnvoll eingesetzt werden. Im gegenwärtigen Versorgungssystem sind sie unverzichtbar.

Jedes Medikament, das einen signifikanten Nutzen in der Behandlung von psychischen Problemen bei einem akzeptablen Nebenwirkungsspektrum besitzt, sollte für Menschen, die davon profitieren, verfügbar sein. Zu jedem Medikament sollte es jedoch auch über die kurzfristige Wirkung hinausgehende Informationen geben, denen die Betroffenen und ihre Behandler vertrauen können. Eine von vielen psychiatrisch Tätigen über alle ideologischen Grenzen hinweg geteilte Sorge ist gegenwärtig, dass unser Bild von der Wirksamkeit der verfügbaren Psychopharmaka, das manche Hersteller und Meinungsführer des Fachgebiets verbreiten, unvollständig ist. Ebenso ein Grund zur Sorge ist, dass sich die »Nebenwirkungen« lang-

fristiger Medikation bei schwer psychisch Erkrankten nicht auf die direkten körperlichen Effekte beschränken, sondern auch tiefgreifende und nicht immer positive Auswirkungen auf die Teilhabe am sozialen Leben und die Beziehungsgestaltung haben können. Diese Auswirkungen sind meist nicht beabsichtigt und erhalten wenig Aufmerksamkeit, sie werden nicht selten ausgeblendet oder in Kauf genommen, da Medikamente Symptome lindern und die Erkrankungen selbst oft in relevanter Weise die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen oder verändern.

Viele Betroffene spüren, dass Psychopharmaka eine wichtige Funktion *bei ihren Verschreibern selbst* haben. Sie ahnen, dass sie auch zu *deren* Stabilisierung beitragen. Medikamente geben auch Ärzten Sicherheit. Von dieser Rolle der Medikamente in der Begegnung von Arzt und psychisch Erkranktem, von ihren forschungsgeschichtlichen Hintergründen und Auswirkungen sowie von der Art, wie wissenschaftliche »Evidenz« in diesem Bereich geschaffen wird, handelt dieses Buch. Die Rolle der Psychopharmaka zu überdenken bedeutet auch, die Art und Weise psychiatrischer Tätigkeit im Hinblick auf eine Orientierung an Recovery, dem Prozess der »Rückkehr zum Normalzustand« (AMERING/SCHMOLKE 2007), zu überdenken.

Es gibt kaum Zweifel, dass viele Menschen in Ländern unterschiedlichster Breitengrade und ökonomischer Leistungsfähigkeit an vielfältigen psychischen Problemen leiden, die als »behandlungsbedürftig« betrachtet werden. Doch wie soll der über die letzten Jahrzehnte postulierten Zunahme psychischer Erkrankungen begegnet werden? Die Zuständigkeit der Psychiatrie als Teilgebiet der Medizin für Probleme, die als *psychiatrische* oder neuerdings als *neuropsychiatrische* erkannt werden, wird oft mit der Verfügbarkeit effektiver Behandlungsmaßnahmen gerechtfertigt. Diese Argumentationsfigur ist durchaus nicht neu. Wie der Soziologe Alain Ehrenberg zeigte, gab es aus den Reihen der Psychiater in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts unmittelbar vor der Ausweitung des Einsatzes von Antidepressiva dieselbe Argumentation einer zu geringen Erfassung depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung. Es wurde an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass erst mit der Etablierung der Antidepressiva die Depression als Erkrankung in ihrer heutigen Form wahrgenommen wurde. Dies bedeutet nicht, dass mit der Verfügbarkeit von Antidepressiva

auch eine neue Erkrankung *geschaffen* wurde, aber das Bewusstsein für diese spezifische Symptomkonstellation, die eine Depression ausmacht, stieg rasant an. Ehrenberg schreibt hierzu: »Alles wird zur Depression, weil Antidepressiva auf alles wirken. Man kann alles behandeln, man weiß aber nicht mehr genau, was heilbar ist.« (EHRENBERG 2004, S. 227)

Die Depression in jener Form, wie sie in den vom westlichen Blick geprägten Diagnosesystemen ICD (International Classification of Diseases) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mit ihren typischen Kriterien beschrieben ist, kann keineswegs als kulturübergreifend und universal angesehen werden. Denn der Schwerpunkt auf der *psychologischen* Beschreibung und dem innerseelischen Erleben einer Depression (mit ihrer niedergedrückten Stimmung, den Gefühlen von Schuld, Verzweiflung und Insuffizienz etc.) fehlt in den Betrachtungsweisen vieler nichtwestlicher Kulturen, in denen die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen. Und körperliche Beschwerden können von psychischen nicht scharf getrennt werden, sondern beeinflussen sich gegenseitig. Die transkulturelle Psychiatrie hat gut herausgearbeitet, dass somatische Probleme schneller vorübergehen können, wenn psychologische Repräsentationen (in der Vorstellung vorhandene Bilder) fehlen, und ohnehin muss die therapeutische Herangehensweise durch die jeweilige Kultur legitimiert sein (MARSELLA 1980).

Die Symptome einer Erkrankung wie der Depression und ihre klinische Präsentation werden durch die Kultur bestimmt, ebenso wie deren Behandlung. Es scheint ein spezifisches Charakteristikum unserer Kultur zu sein, dass insbesondere die für die jeweilige Indikation zugelassenen oder außerhalb des Anwendungsbereiches verschriebenen Medikamente den *legitimierten Zugang zur Erkrankung* darstellen – gestützt von vielen verfügbaren wissenschaftlichen Studien, jedoch ohne klare Vorstellung vom Wirkmechanismus. Wenn sich die gegenwärtige medizinische Herangehensweise an psychische Probleme als die »wissenschaftliche« bezeichnet, dann sollte sie jedoch auch die psychosoziale Wirkung ihrer Kernbestandteile, der Medikamente, als säkularer *Rituale* erforschen, so wie die Heilungsrituale in anderen Kulturen Objekte unserer Forschung geworden sind.

In ähnlicher Weise wie die Depression ist gegenwärtig die Demenz vom Alzheimer-Typ in den Medien präsent. Die breite Wahrnehmung der Symptome der Alzheimer-Demenz als Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung erfolgte nicht unmittelbar mit der Publikation der vielfältigen Ergebnisse neurobiologischer Demenz-Forschung, sondern *erst parallel* zur Verfügbarkeit medikamentöser Therapieoptionen: den Cholinesterasehemmern. Da diese Medikamente teuer sind und nur eine sehr begrenzte Wirksamkeit zeigen, wurden sie in letzter Zeit bezüglich ihres Nutzens streng überprüft, um Aufnahme und Verbleib im Leistungskatalog der Krankenversicherung oder der nationalen Gesundheitsdienste zu rechtfertigen. Obgleich die meisten Fachleute zugestehen, dass sie nur gering und zudem lediglich symptomatisch wirksam sind, ist ein wichtiges Argument *gegen* eine Begrenzung ihres Einsatzes die Sorge, dass den Ärzten dann kaum Therapien zur Verfügung stehen und dass das öffentliche Interesse an der Erkrankung schwinden könnte. Dies könnte zur Folge haben, dass auch nichtmedikamentöse Therapien in geringerem Maße angewendet würden.

Auch dieses Argument impliziert, dass ärztlich-psychiatrisches Handeln seine Rechtfertigung in erster Linie aus dem Einsatz von Medikamenten gewinnt und dass eine Legitimationskrise befürchtet werden müsste, wenn der Stellenwert der Psychopharmaka zu kritisch hinterfragt würde. Ärzte können aber weit mehr sein als Experten für Medikamente.

Vergleichbare Argumentationsmuster finden sich in vielen Bereichen der Psychiatrie. Die soziale Phobie und die Aufmerksamkeitsstörungen im Erwachsenenalter (ADHS) sind diagnostische Kategorien, die vor einigen Jahrzehnten nicht vorhanden waren. Auffallend hoch schlugen die Wellen der medialen Bewusstmachung (sogenannte *Awareness-Kampagnen*), wenn sie mit der Verfügbarkeit neuer Medikamente oder einer Zulassungserweiterung einhergehen. Die Depressionskampagnen haben vielen Menschen geholfen, wirksame Behandlung zu bekommen und endlich zu ihrem psychischen Problem zu stehen, ohne stigmatisiert zu sein. Aber sie haben eben auch Nebenwirkungen, insbesondere wenn soziale Probleme psychologisiert und unangemessene Hoffnungen auf Heilung geweckt werden und die Behandlung zu einer unter Umständen lebenslangen Betreuung führt.

Viele psychiatrische Klassifikationen weisen auf ein für unsere westliche Kultur charakteristisches Verständnis nicht nur von psychischen Auffälligkeiten, sondern insbesondere von der Art des Umgangs mit ihnen hin. Dieses Grundverständnis ist in subtiler Weise Werbestrategien unterworfen, die unser soziales Handeln inner- und außerhalb des medizinischen Systems beeinflussen und den Bereich des Denkbaren und somit unsere Handlungsoptionen erweitern oder eingrenzen. Neu ist nicht der Begriff der biologischen Psychiatrie (mit seiner Dominanz vorwiegend biologischer Erklärungsmodelle für psychische Erkrankungen). Biologische Forschung war schon immer von großer Bedeutung in der Psychiatrie und biologische Erklärungen hat es immer gegeben. Einige Hypothesen wurden sogar in jüngster Zeit durch hervorragende Forschungsergebnisse bestätigt. Bedeutsam ist jedoch die aus der somatischen Medizin in die Psychiatrie übertragene Schlussfolgerung, dass Probleme, bei denen biologische Auffälligkeiten gefunden werden konnten, auch primär biologische Therapien zur Folge haben müssen und dass die medikamentöse Therapie wie bei einem Diabetes mellitus einen eindeutig lokalisierbaren Defekt ausgleicht.

Durch die Neurobiologie bietet sich der Psychiatrie die Gelegenheit, mit den sonstigen biomedizinischen Fächern gleichzuziehen und vergleichbare Legitimationen und Erfolge zu verbuchen. Somit wird aus einem Bereich, in dem Begriffe wie »Bedeutung«, »Sinn«, »Leiden« und »persönliche Erfahrung« eine besondere Rolle spielen, ein Teilaspekt der Medizin, in dem die sichtbaren psychopathologischen Zustände auf »natürliche« Störungen zurückgeführt werden. Wie in dem meisten anderen Bereichen der Biomedizin werden sowohl das Paradigma einer klaren, nachvollziehbaren Kausalkette, die als wahr angesehen wird, übernommen als auch Verhaltensauffälligkeiten, Gefühle, (soziales und persönliches) Leid, Denkmuster, soziale Ausgrenzung und Verlusterfahrungen ihres kulturellen »Überbaus« entkleidet. Der Arzt wird dazu ausgebildet, die subjektive und biografische Erfahrung im Zusammenhang mit der Erkrankung insbesondere als Ausdrucksform der Grunderkrankung, als sekundär, wenig richtungweisend und die eigentlichen Pathologien auf der Gehirnebene nur modulierend zu betrachten.

Dass eine Erkrankung, insbesondere eine psychische Erkrankung, im Kern soziale Beziehungen beeinflusst, vielleicht sogar im Wesentlichen eine Veränderung von Beziehungen und Netzwerken darstellt und das gesamte moralische und kulturelle Bedeutungssystem der Betroffenen und ihrer Umgebung mit einbezieht, das ist eine von der modernen biologisch orientierten Psychiatrie unbewältigte Herausforderung. Im Kampf um praktisch umsetzbare Erkenntnis, Anerkennung und Legitimität, aber auch aus dem Handlungs- und Leidensdruck der akuten Notsituation der psychiatrischen Kontakte heraus wird oft übersehen, dass psychiatrische Institutionen auch einem politischen und gesellschaftlichen Auftrag verpflichtet sind. Sie haben die auch von ihr selbst geforderten (immer weiter ins soziale Leben hineinreichenden) Aufgaben deshalb übertragen bekommen, weil in der gegenwärtigen Phase politisch-ökonomischer Transformation soziale, psychische und Verhaltensprobleme oft als direkte Auswirkungen gesellschaftlicher Veränderungen erscheinen (KLEINMAN 1997). Die soziale Situation wird aber als gegeben und kaum beeinflussbar hingenommen – der natürliche Angriffspunkt ist der Symptomträger.

Die Behauptung, psychische Erkrankungen seien zunehmend besser erkennbar und vor allem auch besser behandelbar, ist in Zeiten steigender Prävalenz dieser Erkrankungen sehr schwer nachzuweisen. Eine Vielzahl von Untersuchungen zeigt die unerklärt starke Zunahme oder zumindest fehlende Abnahme psychischer Erkrankungen *trotz* Verfügbarkeit wirksamer Therapieverfahren (KESSLER u. a. 2005 a; KESSLER u. a. 2005 b). Katamnese-Studien, in denen Studienteilnehmer über mehrere Jahre wieder kontaktiert wurden, und historische Vergleiche weisen darauf hin, dass in Zeiten, in denen weniger (medikamentöse) Behandlungsoptionen zur Verfügung standen, die Verläufe schwerer psychischer Störungen zumindest nicht schlechter waren. Richard Warner von der Universität Boulder in Colorado (USA) zeigte eindrucksvoll, dass der Einfluss der Medikation auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie bei weitem überschätzt würde und dass es vor allem die soziale Situation vor der Diagnose und nicht die klinische Ausprägung ist, die über die Gesundheitsprognose entscheidet (WARNER 2004). Seiner Meinung nach war die politisch-ökonomische Situation auf der Makroebene der wesentliche Faktor, der zu einem günstigen

oder ungünstigen Verlauf und zur Veränderung der Gesundungsraten über verschiedene Zeiten hinweg beitrug.

Ein substanzieller Beitrag zur Reduktion der *gesamten* Last an psychischen Erkrankungen in einem Land durch eine Erhöhung nicht nur der Zahl der verschriebenen Medikamente, sondern der Behandlungsprävalenz insgesamt muss erst noch nachgewiesen werden. Vielleicht aber kann dies vom Behandlungs- und Versorgungssystem auch gar nicht erwartet werden, da ja zum Beispiel die Verbesserung der Behandlung von chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bestimmten neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall zu einer Minderung der krankheitsspezifischen Sterblichkeit geführt hat und damit durch die Verlängerung der Lebenszeit der Betroffenen zu einer erhöhten Zahl der Erkrankten.

Erwartet werden darf allerdings eine Verbesserung der Lebensqualität und des Krankheitsverlaufs. Klinikern kann die ausgeprägte Diskrepanz zwischen der benachteiligten sozialen Situation schwer psychisch Erkrankter und der optimistischen Einschätzung der Hersteller von Medikamenten nicht entgehen. Ein Großteil dieser Diskrepanz wird, bisher ohne gute Evidenz, der unzureichenden Früherkennung psychischer Störungen, der mangelnden Compliance der Betroffenen (Patienten oder auch Ärzte) und oft auch der Schwere der Erkrankung oder ungünstigen sozialen »Rahmenbedingungen« angelastet. Die Probleme der Früherkennung selbst werden allerdings eher selten den unklaren und wissenschaftlich durchaus nicht unumstrittenen Konstrukten der verschiedenen Diagnosekategorien zugerechnet. Ebenso selten wird hinterfragt oder beforcht, welche soziale Bedeutung und welche kulturellen Implikationen die breite psychopharmakologische Behandlung besitzt, obwohl sich in der neueren wissenschaftlichen Literatur Hinweise darauf häufen, dass eine grundsätzliche Neubewertung des Nutzens bestimmter Psychopharmaka anstehen könnte (MONCRIEFF 2002; MONCRIEFF /KIRSCH 2005). Darauf weist auch der Arzneiverordnungsreport hin, der aufgrund der schwierigen Interpretation der Studien dafür plädiert, etwa bei der Depression den Stellenwert der Antidepressiva im therapeutischen Gesamtkonzept neu zu überdenken (SCHWABE/PAFFRATH 2007, S. 828).

B. MÜLLER-OERLINGHAUSEN (2005), der ehemalige Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, schreibt in einem viel geschmähten Leserbrief auf einen kritischen Artikel der Zeitschrift *arzneimitteltelegramm* zur Wirksamkeit von Antidepressiva: »Ihr Artikel über die sehr geringe, wenn man genauer hinschaut (wie es zum Beispiel die FDA getan hat) gegen null gehende Wirksamkeit von Antidepressiva und insbesondere auch von SSRI als gemittelttes Ergebnis aller Studien [...] hat sicher viele Leser [...] schockiert. Dennoch entspricht er einer sich auf Daten und auf ärztliche Erfahrungen stützenden, in jüngster Zeit vernehmlicher gewordenen Argumentation und auch meiner eigenen diesbezüglich zunehmend kritischer gewordenen Position, mit der ich freilich bei den meisten psychiatrischen Fachkollegen auf bares Unverständnis stoße. Es wird dann allemal das Argument hervorgezogen, dass, wenn man solche Ansichten publik mache, die mühsam erreichte geschärfte Wahrnehmung der Diagnose Depression und die Realisierung des Wissens um ihre grundsätzliche Behandelbarkeit antagonisiert würden und man wieder ansteigende Suizidziffern zu erwarten habe [...]. Ich möchte nicht ausschließen, dass wir in der Zukunft eine Reevaluation des tatsächlichen Stellenwertes von Antidepressiva bei differenzierten Zielpopulationen bekommen werden, wie wir sie jetzt bei dem Thema ›Hormone in den Wechseljahren‹ erleben.«

Wir leben in der Zeit sogenannter evidenzbasierter Medizin. Therapien haben eine Bringschuld bezüglich ihres Nutzens (WEINMANN 2007). Für die Bewertung des Stellenwertes psychopharmakologischer Behandlung ist allerdings die Definition von *Nutzen* und *Schaden* entscheidend. In der einen Perspektive kann die Auswirkung einer medizinischen Maßnahme positiv, in einer anderen negativ erscheinen. Wenn die Frühdiagnose einer Erkrankung mittels eines Screeningprogramms bei Vorliegen einer wirksamen Therapie erfolgt, kann Lebensqualität verbessert und Sterblichkeit verringert werden. Wenn keine verfügbare lebensverlängernde oder lebensqualitätsverbessernde Therapie existiert, wird mittels Früherkennung oft nur die Zeit in Sorge und Unsicherheit verlängert oder es werden inadäquate und schädliche Therapieversuche unternommen.

Wenn man in der Psychiatrie Nutzenkategorien verwendet, die aus einer einzelnen zwar bedeutsamen, aber nur *eine* Perspektive widerspiegeln-

den Forschungsdimension entstanden sind, dann kann das Phänomen auftreten, dass im Grunde nur das gefunden wird, wonach man gesucht hat: »getting what you ask for« (DEMYTTENAERE/DE FRUYT 2003). Wenn beispielsweise eine die stationären Aufenthalte verkürzende oder eine verhaltenssteuernde Wirkung von Antipsychotika im Vordergrund der Betrachtungsweise steht, dann kann letztlich nur eine Bestätigung aus der wissenschaftlichen Literatur erwartet werden, auch wenn der Nachweis eines breiten positiven Einflusses auf das *Leben* der Betroffenen ausstehen mag.

Wenn die Schizophrenie in Fortschreibung der Kraepelin'schen Krankheitskonzepte, die vor vielen Jahrzehnten im deutschen Kaiserreich aufgestellt worden waren, weiterhin grundsätzlich als schwere biologisch determinierte Erkrankung aufgefasst wird, die lebenslang bestehen bleibt und einen meist ungünstigen Verlauf nimmt, dann kann es als Erfolg gelten, wenn Betroffene in einer Werkstatt für behinderte Menschen für keine oder nur eine symbolische Bezahlung arbeiten können und keine übermäßig störenden Verhaltensweisen zeigen. Inwiefern die Umgangsweise mit schwerer psychischer Erkrankung selbst allerdings deren *Verlauf* beeinflusst, ist schwer nachzuweisen. Vielfältige Hinweise aus der Literatur und klinische Erfahrungen in verschiedenen psychiatrischen Systemen deuten darauf hin, dass der Verlauf psychischer Auffälligkeiten eventuell weniger von den verabreichten Medikamenten und Interventionen, sondern vielmehr von der grundsätzlichen Haltung und Orientierung aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten, der Angehörigen und der weiteren sozialen Umgebung abhängt. Es gibt eine Wechselwirkung zwischen der positiven, die Gesundung und Reintegration (Recovery) fördernden Sichtweise und günstigen Verläufen. Dies ist mittlerweile auch in internationalen Veröffentlichungen unumstritten (RESNICK u. a. 2005):

»Wir denken, dass es eine wechselseitige Beziehung gibt zwischen einer auf Genesung und Rückkehr zum Normalzustand (Recovery) gerichteten Haltung und den positiven klinischen Verläufen, die das Ziel evidenzbasierter Behandlungspraxis sind.« (Eigene Übersetzung)

Dennoch hat sich die Behandlungspraxis an vielen Orten erst leicht verändert oder es wird versucht, lediglich einzelne Elemente einer größeren