PSYCHEX rettet Menschen – nachvollziehbar durch logisches Denken

> Die Lakaien, welche den Staatsapparat der Geldherren im Schwung halten, profitieren von fetten Salären, Aussichten auf ebensolche Pensionen und werden dadurch korrumpiert. Nur schon, um sich den eigenen Ast nicht abzusägen, stellen sie sich stramm hinter die Ideologie der heutigen Usurpatoren.
> *Rechtsanwalt Edmund Schönenberger (Verein PSYCHEX) 95, S. 132*

Kurze Einführung – was ist Psychiatrie?

Wir leben in einem System, welches bei Menschen Kollateralschäden verursacht. Natürlich müssen alle Versicherungen so etwas herunterspielen (Abschiebetrick). Sie verfügen auch über ihre ergebenen Mietmäuler, welche sie decken.* Unbestritten ist, dass man durch Lärm, Schlafmangel, Isolation, Stress, Überarbeitung, Leistungsdruck, niederträchtige Konkurrenz (Rivalenkampf), schlimme Arbeitsbedingungen, Sterbefall, Ehescheidung, Angstmacherei vom sozialen Abstieg bis zum Jobverlust, Armut, Entfremdung, Trauma usw. genau das Hervorrufen kann: Depression, aussergewöhnliche Bewusstseinszustände sowie Angst. Diese Lebensprobleme werden oft von der Psychiatrie wie eine Gehirnkrankheit mit Psychopharmaka behandelt.

* Durch die beabsichtigte Verschlechterung des Arbeits-, Versicherungs- und Sozialrechts, juristische List, Gängelung, Spardruck und eiskalte Hardliner wird versucht, kranke Menschen zu entrechten, entwürdigen und zahnlos gegenüber dem Herrschafts-Filz zu machen. Besonders beliebt sind Alibi-Gutachten, welchen sich jeder Richter ohne Kenntnisse von Medizin und Psychologie der Beurteilung des Gutachters unterwirft – die Kranken sind damit nahezu schachmatt gesetzt. Unter dem Vorwand von Rehabilitation und Eingliederung – auch als aktivierende Sozialpolitik verkauft - sollen die „wirtschaftsschädlichen" Kranken von Kontrollagenturen in zweck- und sinnlosen Trainingslagern (Übungsfirmen) zu verwertbaren Bürgern aufgebessert werden. Das dumme neoliberale Gequatsche von Eigenverantwortung bezweckt die Entsolidarisierung. Angstmacherei und beständigen Drohungen mit Disziplinarmassnahmen und Sanktionen sind allgegenwärtig. Durch irreführendes Aufpeppen von Statistiken wird das von bereitwilligen Söldnern auch noch als Erfolg verkauft. Da diese Schikane keine Gesundheitsprobleme löst, sondern in einer Abwärtsspirale ausufert, bewirkt die schändliche Strategie noch mehr Leid.

Wie in neueren Untersuchungen gezeigt werden konnte (z.B. Wicks et al. 2005; Janssen et al. 2003), sind Risikofaktoren für die Entwicklung von Depression, Sucht und Schizophrenie neben chronisch Stress erzeugenden Lebensereignissen auch Soziale Notlage (»social defeat«) und Soziale Ablehnung/Niederlage (»social adversity«) [...]. 97 Zusätzlich zeigt die neuere epidemiologische Forschung, dass gute soziale Netzwerke vermutlich die Inzidenz psychotischer Störungen senken (Allardyce et al. 2005; Kirkbride et al. 2007). 110, S. 30 Es gibt auch einen Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und Psychosen. vgl. 98; 84, S. 28

Zuständig für diese Misere sind jetzt die Psychiater. Damit wird zugleich jede Art von seelischer Beeinträchtigung entpolitisiert – Veränderungsforderungen werden unter den Teppich gekehrt, Psychopharmaka verordnen suggerieren das Gehirn sei Schuld.

Klagen über Medikamenten-Nebenwirkungen werden als mangelnde Urteilskraft interpretiert. Die Krankheit des Patienten verhindere die Erkenntnis der Psychiater zu begreifen, man hätte nicht die richtige Wahrnehmung. Das heimtückische daran, der Betroffene glaubt er könne ohne Medikamente nichts an seiner Situation verändern. Doch vieles, was die biologische Psychiatrie behauptet, gehört in die Sparte der Neuro*mythologie.* vgl. 16; 84, S. 235-247, 258-261; 107, S. 59

Diese Unlogik des kranken Gehirns führt dazu, dass man Menschen mit Psychopharmaka an ein krankes Umfeld anpasst, statt die Ursachen zu bekämpfen, welch die Menschen leiden lassen. Wenn Verhältnisse existieren, die Wohlbefinden erzeugen, dann wird sich dieses Lebensumfeld auch positiv auf das Gehirn auswirken. Diese Betrachtungsweise ist die Umkehrung der biologischen Psychiatrie. (Ver-)Besserung von aussen statt Anpassung des Gehirns, der den Leidensdruck unter-

drückt. Ausserdem ist der Auslöser von seelischen Störungen oft durch die Biographie und nicht durch die Biochemie feststellbar. Wie man weiss, hängt unser psychischer Zustand darüber hinaus von vielen anderen Faktoren ab, wie wirtschaftliche Verhältnisse, soziale Kontakte, körperliche Beschwerden. Dies beeinflusst auch die Psyche. Das Gehirn abgeschottet zu erforschen, als wäre es nicht von der Kultur geprägt, ist realitätsfern.

... Die Genetik oder die Transmitter im Gehirn erklären allein keine Psychose oder irgendeine andere psychische Beeinträchtigung. Unabhängig von der therapeutischen Schule muss die Psychosenbehandlung biografisch orientiert sein. [...] Wir haben in unserer Forschungsarbeit festgestellt, dass psychotische Klienten, die einen Bezug zwischen Erkrankung und Lebenserfahrung herstellen, viel schneller entängstigt sind und hoffnungsfroher in die Zukunft blicken. 53

Was hat sich den seit dem Neuro-Nonsens in der biologischen Psychiatrie verändert? Wo ist denn diese „Neuro-Revolution“ in der psychiatrischen Praxis zu finden, ausser in Hochglanzbroschüren ohne Bedeutsamkeit für die Patientenbetreuung. Gibt es andere Heilverfahren, andere Medikamente, bessere Behandlungsmethoden oder Handlungsanweisungen?

Da die Psychiatrie die Mehrheits-Perspektive vertritt wie die Universität, Politik, Bürokratie, Erzieher, Massenmedien u.v.m., können die Erfüllungsgehilfen die Normalität definieren. Das Diagnosesystem der Psychiatrie ist die Fortsetzung eines Legitimierungssystems, über andere Macht auszuüben, die bis zum Freiheitsentzug geht. Manchmal sind die Therapien getarnte Strafen (psychopharmakologische Züchtigung), Abschreckung, Protest abwürgen (man darf nicht sagen was man denkt und fühlt).

Damit ist auch völlig klar, welche Interessen die medizinischen Kollegen oft begünstigen: die von Staat und Kapital. »Die Medizin wird immer mehr zur Hure der Ökonomie«. 93; vgl. 1; 84, S. 275-282

Die nächsten Seiten enthalten einige Zitate, sie sind aber nicht immer kommentiert, weil die zitierten Stellen für sich sprechen.

***

Vor einigen Jahren wurde Edmund Schönenberger, dem Gründer des Vereins PSYCHEX,* von einem Medienblatt ein abstruses Weltbild unterstellt, weil er über Folter mit den in der Psychiatrie eingesetzten heimtückischen Nervengiften schreibt.

*PSYCHEX ist ein 1987 gegründeter gemeinnütziger Verein, der sich für Menschen einsetzt, welche gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Anstalt eingeschlossen und zwangsbehandelt werden. (www.psychex.ch)

„Abstrus“ sei das nicht, konterte er, da Betroffene von der Psychiatrie traumatisiert werden, also etwas Schlimmes erleben. vgl. 7; 8; 9; 11; 27; 55, S. 22-23; 84, S. 335; 100, S. 36-37

Juan Méndez, UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, stuft die zwangsweise kurz- wie auch langfristige Verabreichung von Elektroschocks und persönlichkeitsverändernden Medikamenten wie zum Beispiel Neuroleptika als Folter ein und ordnet zwangsbehandelte psychiatrische Patientinnen und Patienten der Gruppe der Folteropfer zu. 13, S. 22; vgl. 14, S. 5, 16-19, 26-27; vgl. 27; 55, S. 26; 99, S. 142; 100, S. 35

Die Liste von psychiatrischen Verstössen gegen zentrale ethische Grundlage ärztlicher Praxis ist lang. 26, S. 39

Weiter wurde Schönenberger vorgeworfen: „Den Beweis, dass eine Entlassung aus der Klinik in jedem Fall richtig ist, bleibt PSYCHEX schuldig."

Diesen Beweis werde ich jetzt mit logischen Überlegungen nachreichen.

Dass es der Psychiatrie so wichtig ist, Klinikpatienten Medikamente zu geben, hängt damit zusammen, dass sie dadurch meint, den Beweis erbringen zu können, das Opfer müsse „krank" oder „gestört" sein und ein Anstaltsaufenthalt sei zwingend (Alibiübung).

Die Doktrin der medizinischen Notwendigkeit ist nach wie vor ein Hindernis für den Schutz vor willkürlichen Missbrauchshandlungen in Gesundheitseinrichtungen. 14, S. 9; vgl. 84, S. 333

Wenn ich heute einen Klienten berate, sage ich in den meisten Fällen: «Boykottiere das Gutachten! Wenn du Pech hast, finden die irgendeinen Knacks bei dir, und dann bist du in der Maschine drin. Du läufst Gefahr, dass du auch nach Verbüssung deiner Strafe nicht rauskommst.» 94

Über Psychopharmaka habe ich schon genug geschrieben. Fassen wir uns ganz kurz: »Antipsychotika erhöhen das Sterberisiko erheblich«, bestätigt Prof. Dr. Gøtzsche. 1, S. 347; vgl. 2; 3; 22; 23; 24; 84, S. 317-322 Neuroleptika sind schädlich für das Gehirn. vgl. 1, S. 346; 28, S. 78; 84, S. 167-171, 242-247

Dr. Aderhold, Arzt für Psychiatrie: „Aufgrund ständiger Verfeinerung der Forschungsmethoden wird deutlich, dass insbesondere Neuroleptika gegen psychotische Symptome das Gehirn und den Körper auch schädigen. Bei etlichen Betroffenen mit akuten Psychosen wirken sie nachweislich kaum besser als Placebos.
[...] Stoffwechselveränderungen im Körper (Übergewicht, Zuckerkrankheit u.a.), die langfristig oftmals kardiovaskuläre Erkrankungen verursachen, müssen aus der Sicht vieler Wissenschaftler für die bestehende dramatische, überwiegend kardiovaskuläre Frühsterblichkeit (18 bis 25 Jahre früher) psychotisch erkrankter und neuroleptikamedizierter Menschen mitverantwortlich gemacht werden." 15, S. 43-44

Eine große Metaanalyse der placebokontrollierten Studien belegte, dass eine fortgesetzte Therapie mit Antipsychotika das Rückfallrisiko nur scheinbar beeinflusst. Nach drei Jahren ist die Wirkung fast gleich null. 84, S. 258 Legt man verschiedene Metaanalysen und eine strengere Definition von Effektivität im Sinne einer klinischen Relevanz zugrunde, muss man sogar davon ausgehen, dass mindestens 7 Patienten [mit Schizophrenie, Anm. d. Verf.] mit Neuroleptika behandelt werden müssen, um bei einem Patienten eine klinisch relevante Veränderung zu erzielen. 123

Mit Depot-Neuroleptika will man den Patienten kontrollieren; therapeutische Beziehung durch Misstrauen. Die angeblich bessere Therapietreue oder Lebensqualität ist durch „Depot" im Vergleich zu oraler Einnahme nicht belegt. vgl. 80 Dr. med. J. Zehentbauer: **„Von Depot-Neuroleptika ist grundsätzlich abzuraten!"** (Fettdruck im Original) 81 Rund 20 Prozent der schizophrenen Patienten werden sogar unter einer Depotmedikation innerhalb eines Jahres wieder psychotisch (Kane u.a. 2002). 82

Depotneuroleptika werden immer wieder in Zusammenhang mit Depressionen und suizidalem Verhalten genannt. Wie bereits erwähnt, erfolgen die Suizidversuche meist bald nach Verabreichen der Spritzen. Und selbst wenn diese abgesetzt werden, kann die lange Abbauzeit der Neuroleptika deren depressiv machende Wirkung noch um Monate verlängern. 83 In Japan sind über 20 Personen an Depot-Neuroleptika gestorben, in der USA 82. vgl. 48

Der Langzeitverlauf ist besser, wenn ohne Neuroleptika behandelt werden kann. 28, S. 80; vgl. 84,

S. 178 Personen mit einer einzigen psychotischen Episode kann die langfristige Verwendung von Neuroleptika nicht vorteilhaft und sogar schädlich sein. vgl. 69 Auch bei der Schizophrenie gibt es gute Studien, die zeigen, dass eine langfristige Behandlung mit Neuroleptika nicht unbedingt notwendig ist, dass eine sozial- und psychotherapeutische Behandlung für den Patienten sogar von Vorteil ist. 30; vgl. 84, S. 174-175, 178, 226-231; 117; 119; 122

Prof. Dr. Dipl.-Psych. T. Lincoln: „Schließlich erwies sich KVT [kognitive Verhaltenstherapie, Anm. d. Verf.] auch bei Patienten mit dem Vollbild einer Psychose, die keine Medikamente einnehmen, als wirksam.“ 40, S. 368

Prof. Dr. med. D. von Haebler: „Die Effektstärke von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei schizophrenen Menschen ist vergleichbar: Morrison et al. konnten zeigen, dass kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Patienten, die keine Medikamente nehmen, gleiche Effektstärken zeigt wie Medikation alleine.“ 52, S. 17

Psychologin Kornyeyeva: „ [...] Bei vielen Psychopharmaka ist die positive Wirkung höchst zweifelhaft [...]. 54, S. 79 Die Wahrscheinlichkeit, durch Psychopharmaka ernsthaft krank zu werden, ist sogar zweifellos außerordentlich gross.“ ebd., S. 84
Bei einer Umfrage im Jahr 2007 erklärten 51 Prozent von 108 dänischen Psychiatern, sie verordneten zu viele Medikamente [...]. 1, S. 295

Zudem mehreren sich die Hinweise für schädliche Wirkungen verschiedener Psychopharmakagruppen inkl. einer Neuroleptika-assoziierten erhöhten Mortalität bei älteren Menschen (Coupland et a1. 2011, Gerhard et a1. 2014, Hwang et al. 2014), 58 (Arzneimittelbrief 2016). 116

Psychiatrieprofessor K. Dörner: „Meiner Meinung nach ist die Abgabe von Psychopharmaka vor allem in Altersheimen äusserst problematisch, teilweise geradezu kriminell.“ 56
Vor kurzem zeigte eine irische Studie, dass Pflegefachkräfte ihre Patienten weiterhin nicht auf mögliche Wirkungen bestimmter Substanzen hinweisen, aus Angst, dass diese dann die Einnahme verweigern würden. Dies wurde als pflegerische Fürsorge verkauft, ist aber in Wirklichkeit nur eine Fortführung der traditionellen Bevormundung. Außerdem ist es *verlogen*, *illegal*, *unethisch* und *gefährlich*. 118 (Kursiv im Original)

Während die Klienten sich hoffnungsvoll auf mögliche Besserung durch Psychopharmaka* oder Psychotherapie in Geduld üben, bewirkt man vielleicht durch »ergänzenden« Sport (u.a. Ausdauertraining), 3-mal in der Woche (steigern bis 30 Min.) von mittlerer Intensität** eine antidepressive Wirksamkeit, die mit Antidepressiva oder Psychotherapie vergleichbar ist. Auch Krafttraining hat eine depressionssenkende Wirkung. vgl. 1, S. 318; 31; 32; 37, S. 15-16; 38, S. 60-61; 41, S. 198; 43, S. 42; 44, S. 53; 49, S. 68-69; 79

*Antidepressiva wirken leider oftmals nicht besser als eine Scheinarznei oder der Wirkungsvorteil ist klein. vgl. 1, S. 83ff.; 17, S. 131, 137-138; 45-47; 50; 77, S. 361-375; 84, S. 52-63, 263, 285; 86, S. 34; 101; 102; 107; 113; 128; 130
Metaanalysen über Antidepressiva mit Interessenkonflikt werden etliche Male besser bewertet als von einer unabhängigen Institution. vgl. 111; 112 Kognitive Verhaltenstherapie ist bei schweren Depressionen gleich wirksam wie Antidepressiva. vgl. 108; 109; 127 Antidepressiva verringern nicht das Risiko von Suiziden oder Suizidversuchen. vgl. 65; 67, S. 12; 84, S. 103-113
Neuroleptika werden oft überschätzt. Bei einer Übersichtsarbeit von 120 Neuroleptika-Studien mit bereits vorbehandelten Patienten im Vergleich zu Placebo insgesamt nur „weniger als minimale Effekte“ auf die psychotische Symptomatik. vgl. 28, S. 76; 57; 84, S. 171-180; 96, S. 25
In einer weiteren Metaanalyse [unter Einsatz von Neuroleptika, Anm. d. Verf.] über mehr als 7000 Patienten wurde eine hohe Abbruchrate von über 50% und nur bei einem Sechstel der Patienten eine über Placebo hinausgehende Wirkung beschrieben (Leucht et al. 2009b). 57; vgl. 28, S. 76; 96, S. 25
Ebenso wenig gibt es bislang verlässliche wissenschaftliche Belege dafür, dass Antipsychotika gegen »hyperkinetische Störungen« oder »Störungen des Sozialverhaltens« helfen würden, gegen die sie hauptsächlich bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. 85

** Man kann dabei noch schwatzen, aber nicht mehr singen oder man ist „ein bisschen“ ausser Atem. Vereinfacht ist die mittlerer Intensität vergleichbar mit: Zügiges Gehen, Wassergymnastik, Treppensteigen, Wandern, Tanzen, Nordic Walking, Radfahren (Anm. d. Verf.).

Beispiel für 1. Woche Training: 2L-3G-2L-3G-2L-3G-2L-3G-2L-3G-2L = 12 min Laufzeit / gesamt 27 min (vgl. 71, S. 53) [...] 7. Woche: 5L-2G-5L-2G-5L-2G-5L-2G-5L-2G-5L = 30 min Laufzeit / gesamt 40 min (ebd.). G = Gehen / L = Laufen

Wer nach der Behandlung sportlich aktiv bleibt, kann die Rezidivrate bei Depressionen senken. vgl. 35, S. 56 Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) ist einer medikamentösen Vorbeugung von Rückfällen bei Depression gleichwertig. vgl. 39; 87, S. 34-35

Wegen den wenigen Studien kann man mit einer gewissen Zurückhaltung dennoch anerkennen, dass körperliches Training (KT) überwiegend aerober Sportart (Ausdauertraining), einen positiven Einfluss bei Schizophrenie hat (Positiv- u. Negativsymptome). Yoga ist mit mehr Studien untersucht und scheint sogar noch wirksamer zu sein als KT. vgl. 33, S. 1524-1526; 34, S. 851; 37, S. 12, 14; 38, S. 154, 158; 42; 43, S. 41-42; 70; 114-115

Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2015 mit 20 randomisierte Studien von Patienten mit Schizophrenie ergab, dass ein aerobes 90-Minuten Fitness-Training pro Woche die Positiv- und Negativsymptomatik reduziert. vgl. 68

Die Reduktion von Angststörungen und Panikattacken ist durch KT (häufig durch Ausdauersport, Krafttraining bei Angst aber bei Panikstörungen unklar) nachgewiesen. vgl. 33, S. 1526; 35, S. 58; 37, S. 18, 20; 38, S. 80-84; 43, S. 43; 44, S. 54; 120; 121, S. 15

Bei ADHS kann die körperliche Aktivität die Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und das Sozialverhalten verbessern. Das Aktivitätsumfeld in natürlichen Outdoor-Räumen ist bei ADHS effektiver als in bebauten Outdoor- oder Indoor-Settings. Bei Indoor-Aktivitäten in grossen Gruppen (Teamsportarten) verschlechtern sich die Symptome. Individualsportarten sind dementsprechend vorzuziehen. vgl. 36, S. 289

Auch wenn KT nicht bei allen eine bedeutsame positive Wirkung bei psychischen Störungen herbeiführt, lohnt sich Sport. Je nach Krankheitsbild kann KT Krankheiten vorbeugen, verzögern, gesundheitliche Beschwerden oder Arznei-Mengen verringern zudem Lebensqualität verbessern. KT wirkt im Endeffekt wie Medizin.

Wissenschaftlich bestätigt hat sich die positive Wirkung von KT bei: Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Krebs (Dickdarm, Mamma, „Fatigue“, Prostata), chronische Bronchitis (COPD) und andere Lungenkrankheiten, Osteoporose (bes. Frauen), Sturzneigung, metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus, Fibromyalgie und Fatigue-Syndrom, periphere arterielle Verschlusskrankheit, kognitive Funktion, neurologische Erkrankungen (Parkinson), Schlaganfall, chronischer Nierenerkrankung. vgl. 63; 78; 88

Empfohlen wird eine moderate bis intensive aerobe Aktivität über 30 Minuten an mindestens 5 Tagen in der Woche, bei »intensive« aerobe Ausdauerbelastung, „nur“ 3 x/Woche, zusätzlich Krafttraining, 2 ×/Woche mit 8–10 Übungen mitsamt 10–15 Wiederholungen. vgl. 63, S. 2258 Das würde aber z.T. nicht nur gesunde Menschen, sondern besonders Depressions-Betroffene auf ganzer Linie überfordern. Ein wenig KT ist besser als absolut nichts.

Gøtzsche schreibt: *„In den Vereinigten Staaten und in Europa sind Medikamente die dritthäufigste Todesursache nach Herzkrankheiten und Krebs“.* 1, S. 23 (Kursiv im Original) ... verschiedenen Studien ist zu entnehmen, dass in den Vereinigten Staaten 100 000 Menschen an Medikamenten

sterben, obwohl sie sie korrekt einnehmen. ebd., S. 386 Die Europäische Kommission schätzt, dass jährlich rund 200 000 EU-Bürger an Medikamenten-Nebenwirkungen sterben. vgl. ebd.; 77, S. 114-116

Dass man auch durch psychiatrische Medikamente wie z.B. die Neuroleptika sterben kann, gilt als erwiesen. vgl. 2; 3; 13, S. 22-23; 17, S. 178-181; 19; 20; 21, S. 11, 13-14, 25; 22; 23; 24; 48; 54, S. 79, 83-84; 55, S. 24; 58; 59; 84, S. 180-182, 317-322; 86, S. 32; 116

Prof. Gøtzsche schätzt, dass allein mit Zyprexa (Wirkstoff Olanzapin) »200 000« Patienten an unerwünschten Wirkungen gestorben sind. vgl. 1, S. 351, 387 Berücksichtigen wir nun noch, dass es auf dem Schweizer Markt über zwei Dutzend Neuroleptika Medikamente gibt, wird die Bilanz noch verheerender.

Oft hört man auch das Argument, die Leute würden die Psychopillen absetzen und deswegen rückfällig werden. Das sei unverantwortlich, führe in die Katastrophe. Falsch! Es ist überhaupt nicht unverantwortlich, Psychopharmaka abzusetzen und man muss auch nicht rückfällig werden, »wenn man es richtig macht, d.h. im stabilen Zeitpunkt nach und nach die Dosis reduziert«. Rückfälle können Absetz- oder Entzugserscheinungen sein, es muss im Endeffekt kein Wiederauftreten einer Erkrankung vorliegen. vgl. 4; 5; 6; 10; 12; 29; 74; 75; 76; 84, S. 247-250, 252-258, 267-274; 91-92; 103-106; 129

Prof. Finzen: „Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langzeitig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.“ 5, S. 16

Dr. med. Aderhold: „Begleitete langsame Reduktions- und Absetzversuche sind sinnvoll und notwendig, um die minimale neuroleptische Dosis zu finden [...].“ 28, S. 80, vgl. ebd., S. 78-79

Ob Psychiatriebetroffene ihre Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzen, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgschancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das Ergebnis einer 2005 in England und Wales veröffentlichten Studie von MIND (vergleichbar der DGSP). 5, S. 17

Damit man mir nicht unterstellt ich würde zum Psychopharmaka-Absetzen verführen, möchte ich noch folgendes zur Kenntnis bringen. Beschäftigt man sich mit der Psychiatrie-Kritik, hat man den Eindruck Psychopharmaka sei hundertprozentig schlecht. Gøtzsche der eine sehr kritische Meinung zu Psychopharmaka hat schreibt, dass sie vor allem bei kurzfristiger Anwendung, in akuten Situationen nützlich sein können, gleichzeitig aber auch meint, dass ihre Verfügbarkeit mehr schadet als nützt. vgl. 84, S. 15, 288, 315

Da Psychiater auch psychotherapeutisch arbeiten ist es nicht plausibel, dass jeder Kontakt mit der Psychiatrie krank macht. In diesem Fall würde dies auch für Psychologen Gültigkeit haben. Der Unterschied zwischen Anstalts-Psychiatrie und Privatpraxis für Psychiatrie ist augenfällig, und im Zuge dessen differenziert sich auch die Kritik. Der Psychiater kann je nach Konstellation Begleiter oder Gegner sein.

Die Nutzen-Risiko-Bewertung des Einsatzes von Neuroleptika hat sich verändert, und zwar so weit, dass die Rate des *Nichteinsatzes* (kursiv im Original) von Neuroleptika als Qualitätskriterium einer Psychosenbehandlung vorgeschlagen wurde. 18, S. 116

Untersuchungen der »Transkulturellen Psychiatrie« haben sogar deutlich gemacht, dass der Krankheitsverlauf bei den wichtigsten psychischen Störungen in der nicht-industrialisierten Welt durch-

wegs besser ist als in der industrialisierten Welt. Besonders bei Bevölkerungsgruppen, die keinen Zugang zu medikamentenbasierten Behandlungen hatten. 16, S. 172; vgl. 1, S. 304; 84, S. 177-178

Schlechte Psychiatrie ist z.B. wenn ich in einem Fach-Buch lese, man könne bei „Schlafstörungen" Neuroleptika verordnen. Ärzte die Neuroleptika als Schlafmittel ein Rezept ausstellen, sollte man die Praxisbewilligung entziehen.

Höchst bedenklich ist auch die gleichzeitige Gabe mehrerer Psychopharmaka, Neuroleptika in der Geriatrie sowie für Kinder wie auch Jugendliche und zu Frühprävention schizophrener Psychosen. vgl. 58; 59; 60; 84, S. 175, 296, 319; 85 Psychopharmaka für Kinder sollte verboten werden. vgl. 84, S. 313 *Die psychische Intervention* [der Psychiatrie, Anm. d. Verf.] *darf nicht zur Aufrechterhaltung sozialer Missstände führen* [Hervorh. d. Verf.]. 61, S. 43

Bei vielen Patienten, die heute durch die Psychopharmakamühle geschleust werden, sind Überdiagnosen, Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen an der Tagesordnung. 132, S. 62

... Wenn 1.000 Patienten mit Demenz wegen Verhaltensstörungen zwölf Wochen lang atypische Neuroleptika einnehmen, führt das bei 91 bis maximal 200 von ihnen zu einer (geringen) Besserung. Anderseits sterben etwa 10 Patienten zusätzlich und 18 Patienten erleiden einen Schlaganfall, der bei jedem Zweiten schwer ist. Dehnt man den Behandlungszeitraum auf zwei Jahre aus, kommen Hochrechnungen auf bis zu *167 zusätzliche Todesfälle* [Hervorh. d. Verf.]. 59, S. 9-10; vgl. 84, S. 318-319 Man kann diesen Umstand verdrängen wie man will – es ist ein Skandal!

Unter der Maßgabe, Menschen mit psychischen Problemen therapeutisch behandeln und so Selbst- und Fremdschädigung bewahren zu wollen, verabreichen Mainstream-Psychiater Substanzen, die geeignet sind, Menschen in suizidale Stimmung zu befördern oder bereits vorhandene Depressionen noch zu verstärken. Auch wenn intern dieses Risiko aus Selbst-, Einzel- und Placeboversuchen, epidemiologischen Studien und einem Suizidregister bekannt ist, wird es nach außen hin geleugnet und tabuisiert. 25

Nähme man Suizidalität als Gefahrenquelle ernst, sollte die potenziell suizidale Eigenwirkung von Neuroleptika (Lehmann 2012a) deren – insbesondere gewaltsame – Verabreichung eher ausschließen. 55, S. 24; vgl. 84, S. 237 Das Risiko für Suizid und Suizidneigung gilt auch bei SSRIs (Antidepressiva). vgl. 1, S. 333ff.; 45; 62; 64; 66; 67, S. 12; 77, S. 20-27; 84, S. 70-113; 86, S. 33-34; 89; 90; 131

Bedenkenswert ist, dass Zwangsmassnahmen bei bis zu 66% der betroffenen Patientinnen und Patienten als erforderlich erachtet werden, aber nur 2 bis 10% der stationär aufgenommenen Patienten verbal oder körperlich tätlich werden – und dies geschieht oft erst im aggressionsfördernden Rahmen der Zwangseinweisung. Auch eine Rechtfertigung von Zwangsmassnahmen als Schutz vor Suiziden greift zu kurz: 90% der Suizide in psychiatrischen Kliniken ereignen sich bei freiwillig in Behandlung befindlichen Patienten, die nicht als suizidal eingestuft wurden. 51, S. 227; vgl. 73

Die geschlossene Tür reduziert nicht das Sicherheitsrisiko; denn, wie erwähnt, zeigt eine Studie aus England, dass bis zu 75% der Krankenhaussuizide sich durch Erhängen auf geschlossenen Stationen ereignen [...]. 72 Geschlossene Stationen in der Psychiatrie haben ein höheres Aggressionsniveau, ein bedrohliches Stationsklima sowie mehr Unzufriedenheit und geringere Compliance. Akutstationen die das Gewaltrisiko herabsetzen sollen, eher zu dessen Erhalt oder gar Erhöhung beitragen. vgl. 72 ... durch eine offene Kriseninterventionsstation zu einer massiven Reduktion der Zwangsmaßnahmen und weiterer Komplikationen (Selbstschädigung etc.) führen. 73

Restriktive Settings und das Durchboxen von Regelbefolgung, kontrollierende Haltung ebenso re-

glementierenden Umgang von Pflegeteams darüber hinaus Überbelegung Aggression anheizen, bei autoritärer Atmosphäre auf einer Station eine erhöhte Konfliktbereitschaft besteht. vgl. 73 ... mit geschlossenen Türen fanden sich doppelt so viele Übergriffe und Zwangsmedikationen sowie Entweichungen von Patienten wie in der offenen Periode. [...] Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Verlegung von suizidalen Patienten auf geschlossene Stationen das Suizidrisiko senkt. 73; vgl. 126 Zwangsmassnahmen hängen weniger von der Diagnose als von Krankenhaus und der Station ab. vgl. 73; 84, S. 341

Die perfideste Taktik der Organe der Zwangspsychiatrie besteht darin, dass sie durchs Band Verhaltensweisen und Äusserungen der von ihnen Etikettierten notieren, welche diese im Zustand der drohenden oder vollendeten Freiheitsberaubung, Folter mittels heimtückischen Nervengiften und Kappung der übrigen Menschenrechte gezeigt bzw. von sich gegeben haben. Es wird nie zwischen den Manifestationen der Betroffenen in diesem Zustand und in ihrem Alltag differenziert. Würde das getan, stünde die leidige und fatale Tatsache fest, dass einer diagnostizierten „Geisteskrankheit" sich jagende Verbrechen gegen die Menschenrechte zu Grund liegen. Durch psychiatrische Verfolgungen können so nach Belieben Geisteskrankheiten konstruiert werden! 124 (Kursiv im Original)

... Art. 5 Ziff. 1 EMRK wird vom Grundsatz der Verhältnismässigkeit beherrscht: Die Massnahme muss in einem angemessenen Verhältnis zum Anlass stehen. Da bei psychiatrischen mehr noch als bei Strafverfolgungen die Kumulation von objektiver Freiheitsberaubung, existenzvernichtender Erklärung zum Geisteskranken und subjektiv als Folter empfundenen Zwangsbehandlungen mit heimtückischen Nervengiften als überhaupt schwerster Eingriff zu bewerten ist, muss der Grund für diese Massnahme ein schwerstwiegender sein. 125, S. 3

Es verbietet sich selbstverständlich strikte, ein Verhalten oder Äusserungen meiner Klientin als Geisteskrankheit im Sinne von Art. 5 Ziff. 1 lit. e EMRK bzw. Art. 397a Abs. 1 ZGB zu bewerten, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass ihr heutiger Zustand durch ihre Anstaltsodyssee gekoppelt mit den aktenkundigen Misshandlungen durch eine ganze Palette von Psychopharmaka bewirkt worden ist. 125, S. 5

Meinen zwangspsychiatrisierten KlientInnen erkläre ich schon seit Jahrzehnten, sich ja nicht auf die Leimspuren der Justiz kleben zu lassen. Als Laien haben sie schlicht keine Chancen und verschleudern daher nur unnötig Zeiten und Energien, welche sie gescheiter für effizientere Strategien einsetzen. Der ganze Justizbetrieb ist eine schlaue Erfindung der Plutokraten: Allen wird eingetrichtert, sie hätten Rechte und könnten diese geltend machen. Vertrauensvoll wenden sich die Opfer an die Gerichte, welche sie einzeln absorbieren und nach allen Regeln der juristischen Kunst abstechen. Hoffnungsvoll wird „der Instanzenzug beschritten". Bis und mit EGMR [Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, Anm. d. Verf.] können sie gut und gerne ein Jahrzehnt hingehalten werden. Nachdem sie auch dort auflaufen, sind sie zermürbt und resignieren. 95, S. 134

Es ist durchaus plausibel, dass die Stigmatisierung und Traumatisierung, die bei einer psychiatrischen Therapie – vor allem bei einer Zwangstherapie – unvermeidlich seien, zu Suizid führen können. Nach Ansicht der Verfasser begehen manche Patienten während ihres Klinikaufenthalts oder danach Suizid wegen der Bedingungen, unter denen sie in der Klinik lebten. 84, S. 335, vgl. ebd., S. 345

Ich habe das Buch von Prof. Dr. med. Peter C. Gøtzsche studiert und kann ohne Übertriebeinheit schreiben, dass so mancher Eingriff der Psychiatrie eine Fremd- und Selbstgefährdung bei jedem Betroffenen verursachen kann. vgl. 84

Richter lesen kaum kritische Bücher über die Psychiatrie, weil sie für die investierte Zeit (in der Freizeit) nicht honoriert werden oder einfach nicht interessiert. Wer nicht informiert ist muss alles

glauben, und so entstehen dann auch die Richterurteile.

Psychex hilft den Menschen; eine baldige Entlassung aus der Psychiatrie ist in der Regel richtig, sie werden nicht weiter Opfer vor belastenden, schädlichen „Therapien“, die im schlimmsten Fall lebensbedrohlich sind. vgl. 84 Sie werden von weiteren traumatischen Zwangsbehandlungen, Kontroll-, Etikettierungs- und Sanktionsprozesse verschont.

Anonym
Der Autor ist kein Psychex Mitglied
Manuskript
11. Juni 2015
Ergänzungen September 2016

Literatur

1) Peter C. Gøtzsche: Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität. Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert, Riva Verlag, München, 2. Auflage 2015.
2) Volkmar Aderhold: Mortalität durch Neuroleptika. *Soziale Psychiatrie*, Herbstmix, Nr. 118, 4/2007, S. 5-10. http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Artikel_Soziale_Psychiatrie/sp_118_5_Mortalitaet_durch_Neuroleptika__Aderhold_.pdf (Abrufdatum 8. Juni 2015)
3) *arznei-telegramm*, 2009, Nr. 2, Jg. 40: S. 22-23: Neuroleptika: Plötzlicher Herztod. http://www.arznei-telegramm.de/html/2009_02/0902022_02.html (Abrufdatum 8. Juni 2015)
4) Peter Lehmann (Hg.): Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern, Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013.
5) A. Finzen, P. Lehmann, M. Osterfeld, H. Schädle-Deininger, A. Emmanouelidou, T. Itten: Psychopharmaka absetzen – warum, wann und wie. *Soziale Psychiatrie* (Nr. 148), DGSP-Jahrestagung 2014, 02/2015, S. 16-19. http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Artikel_Soziale_Psychiatrie/Psychopharmaka_absetzen_-_warum__wann_und_wie__A._Finzen__P._Lehmann_u._a._.pdf (Abrufdatum 8. Juni 2015)
6) Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen. Herausgeber: *DGSP, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.,* 1. Auflage, Köln 2014. http://www.dgsp-ev.de/unterseite/neuroleptika-reduzieren-und-absetzen.html (Abrufdatum 26. Mai 2015)
7) Marc Rufer: Nachdenken über die Psychiatrie. In: André Thurneysen (Hrsg.): Kontraste in der Medizin. Zur Dialektik gesundheitlicher Projekte, Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien, Peter Lang Verlag, 2009, S. 227-250.
8) Marc Rufer: Die dunkle Seite der Psychiatrie. *Rote Revue*, Herausgeberin: Sozialdemokratische Partei der Schweiz, 85. Jahrgang, 3/2007, S. 21-26, ISSN: 1421-8763.
9) Georg Bruns: Die psychiatrische Zwangseinweisung. In: Michael Eink (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, 1. Auflage, Bonn 1997, S. 56, 67.
10) Lehmann, Peter: Psychopharmaka absetzen in Würde. In: *The Global Player – Medium für Würde, Gerechtigkeit und Demokratie* (Wien), 2014, Nr. 32/33, S. 49-50.
11) Andreas Knuf: „In diese Klinik kriegt mich keiner mehr.“ - Traumaerfahrung durch psychiatrische Behandlung und Krisenerleben. Schweizerische Stiftung: *pro mente sana aktuell,* FFE – Hilfe wider Willen, Zürich, 4/02, S. 10-12.
12) Geschrieben von Will Hall ins Deutsche übersetzt von Inez Kochius: Harm Reduction-Leitfaden zum risikoarmen Absetzen von Psychopharmaka. Herausgegeben von: *The Icarus Project und Freedom Center,* Zweite Auflage, verbessert und erweitert, August 2013. ISBN 978-0-9800709-2-7. http://www.willhall.net/files/HarmReductionLeitfadenzumrisikoarmenAbsetzenvonPsychopharmaka2EdOnline.pdf (Abrufdatum 26. Mai 2015)
13) Peter Lehmann: Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise. *BPE, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener,* Rundbrief, Ausgabe 4/2014, S. 20-27. http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/krise2014.pdf (Abrufdatum 26. Mai 2015)
14) Information der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der deutschen Übersetzung des Berichts des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz (UN-Dok. A/HRC/ 22/53 vom 1. Februar 2013).
© *2013 Deutsches Institut für Menschenrechte,* Monitoring-Stelle, Zimmerstr. 26-27, 10969 Berlin.
http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Information_der_Monitoring_Stelle_anlaesslich_der_deutschen_

Uebersetzung_des_Berichts_des_Sonderberichterstatters_ueber_Folter_und_andere_grausame_unmenschliche_oder_erniedrigende_Behandlung_oder_Strafe_Juan_E_Mendez.pdf (Abrufdatum 11. Juni 2015)
15) Volkmar Aderhold: »Historische Chance versäumt«. Anmerkungen zur Verabschiedung des »Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme«. *Soziale Psychiatrie,* 02/2013, S. 42-44.
16) Felix Hasler: Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung, transcript Verlag Bielefeld, 3., unveränderte Auflage 2013.
17) Stefan Weinmann: Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008.
18) Zinkler M.: Neuregelung von Zwang - ein Auftrag für die Fachgesellschaft? *Psychiatrische Praxis* 2013; 40: 115–116. DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332916. ISSN 0303-4259.
19) Donovan T. Maust, Hyungjin Myra Kim, Lisa S. Seyfried, Claire Chiang, Janet Kavanagh, Lon S. Schneider, Helen C. Kales: Antipsychotics, Other Psychotropics, and the Risk of Death in Patients With Dementia: Number Needed to Harm. *JAMA Psychiatry,* 2015;72(5):438-445. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3018.
20) Prof. Dr. Holger Schulze: Gefährliche Spaßverderber. *DIE PTA IN DER APOTHEKE,* 01. September 2010, S. 12, ISSN 0722-1029. http://www.holger-schulze.info/PTA_09_10_012.pdf (Abrufdatum 13. Okt. 2015)
21) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. Zur Anwendung von Neuroleptika**.** Herausgeber: *Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP),* Köln, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage (Stand: Oktober 2012). http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/Broschuere_Neuroleptika_2012_web.pdf (Abrufdatum 8. Juni 2015)
22) Peter C. Gøtzsche: Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ (British Medical Journal)* 2015; 350: h2435, doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2435 (Published 12. May 2015).
23) Volkmar Aderhold: Antwort auf die Stellungnahme der Arbeitsgruppe »Biologische Psychiatrie« der Bundesdirektorenkonferenz (BDK). *Soziale Psychiatrie,* Neuroleptika-Debatte, 04/2008, S. 28-32.
24) Volkmar Aderhold - Institut für Sozialpsychiatrie an der Uni Greifswald. Neuroleptika minimal - warum und wie, 12/2014, S. 25ff. http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf (Abrufdatum 14. Okt. 2015)
25) Peter Lehmann: Zwei Seiten der Medaille „Psychiatrie“ - Verkaufsfördernde Krankheiten erfinden, behandlungsbedingte Erkrankungen tabuisieren. In: Michael Dellwing, Martin Harbusch (Hrsg.): Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei: Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik, Springer Fachmedien Wiesbaden 2013, S. 178.
26) Peter Lehmann: Ethikprobleme in der Psychiatrie. Lange Liste der Verstösse. *praxis wissen psychosozial,* Zeitschrift für psychosoziale Pflege, Heft 16, 2014, S. 36-39. http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/ethikprobleme.pdf (Abrufdatum 14. Okt. 2015)
27) Alice C. Halmi: Zwangspsychiatrie: ein durch Folter aufrecht erhaltenes System. In: Irren-Offensive e.V. (Hg.): 30 Jahre Kampf für die Unteilbarkeit der Menschenrechte, AG SPAK, Neu-Ulm, 1. Auflage 2010, S. 39ff.
28) Volkmar Aderhold: Neuroleptika minimal. Dosisabhängige Risiken der medikamentösen Therapie bei Psychosen. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 2015; 16(03): 75-80. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. DOI: 10.1055/s-0041-102180.
29) Nils Greve, Barbara Diekmann und Margret Osterfeld: Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika. *PSYCHOSOZIALE Umschau* 3/2005, S. 21-22.
30) Der Psychopharmakologe Bruno Müller-Oerlinghausen, 73, ehemaliger Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, über den unnötigen Einsatz von Neuroleptika. „Gehirnwäsche bei der Ärzteschaft.“ *Der Spiegel* 40/2009, S. 121.
31) Adrian Suter: Sport zur Depressionsbehandlung. Fast gleich wirksam wie Psychotherapie und Medikamente. *InFo NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE* 2015; Vol. 13, Nr. 3, S. 4-8. (CME-Fortbildung / Zertifizierte Continuing Medical Education)
32) E. Holz, T. Michael: Sport und Bewegung bei Depression. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 2013; 14(03): 61-63. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. DOI: 10.1055/s-0033-1353821.
33) K. Henkel, C.D. Reimers, G. Knapp, F. Schneider: Körperliches Training bei neurologischen und psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 2014; 85:1521–1528. DOI 10.1007/s00115-013-3978-2. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014.
34) S.G. Riedel-Heller, U. Gühne, S. Weinmann, K. Arnold, E.-S. Ay, T. Becker: Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen. Evidenz und Empfehlungen: Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport und Bewegung. *Nervenarzt* 2012; 83:847–854. DOI 10.1007/s00115-011-3471-8. © Springer-Verlag 2012.
35) K.-H. Schulz, A. Meyer, N. Langguth: Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt* 2012; 55:55–65. DOI 10.1007/s00103-011-1387-x. © Springer-Verlag 2011.

36) Leithäuser R., Beneke R.: Sport bei ADHS – Plan für Desaster oder verschenkte Ressource? *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 64 (2013) 287-292. DOI: 10.5960/dzsm.2013.096.
37) Viola Oertel-Knöchel, Pia Mehler, Frank Hänsel: Effekte von Sporttraining bei psychischen Störungen. In: Viola Oertel-Knöchel, Frank Hänsel (Hrsg.). Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016.
38) Valentin Z. Markser, Karl-Jürgen Bär (Hg.). Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen: Forschungsstand und Praxisempfehlungen, Schattauer Verlag, Stuttgart 2015.
39) Kuyken, Willem et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet* 2015, Volume 386, Issue 9988, 63-73 (Published Online April 21, 2015)
40) Tania Lincoln: Ansatzpunkte für Psychotherapie bei Schizophrenie. *Deutsches Ärzteblatt,* Heft 8, PP 14, August 2015, S. 366-368.
41) Anna Hegedüs et al.: Sport- und Bewegungsprogramme. Eine alternative Pflegeintervention für Menschen mit Depressionen? *Psych Pflege* 2013; 19: 197–201. DOI 10.1055/s-0033-1351364. © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, New York, ISSN 0949-1619.
42) Thomas Lukowski: Sport und Psyche. Positive psychische Wirkung und wichtiger Therapiebaustein. *DNP – Der Neurologe & Psychiater* 2013; 14 (7-8).
43) Berend Malchow et al.: Sport tut auch der Psyche gut! Wirksam bei Schizophrenie, Depression, Demenz und Angststörungen. *MMW - Fortschritte der Medizin,* January 2014, Volume 156, Issue 1, pp 41-44. DOI 10.1007/s15006-014-0044-3.
44) Prof. Dr. med. Andreas Broocks, Prof. Dr. med. Pete Rieckmann: Körperliche Aktivität hält auch die Psyche gesund. Sport und Neuroplastizität bei psychischen Erkrankungen. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 2014; 16 (10), S. 52-60. DOI: 10.1007/s15005-014-0792-8.
45) *arznei-telegramm* 2005, Jg. 36, Nr. 5, S. 45-7: ANTIDEPRESSIVA: LEBENSGEFÄHRLICHE PLAZEBOS?
46) Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045.
47) Andreas Grote: Studien verschwinden in der Schublade. *Gesundheitstipp* [Schweiz], September Nr. 9/2014, S. 24-25.
48) Andreas Grote: Todesfälle nach neuer Schizophrenie-Behandlung. *Gesundheitstipp* [Schweiz], Juni Nr. 6/2014, S. 25-26.
49) Matthias Weigelt, Andre Berwinkel, Yvonne Steggemann, Daniel Machlitt & Kai Engbert. Sport und psychische Gesundheit – Ein Überblick und Empfehlungen für die Sport- und Bewegungstherapie mit depressiven Patienten. *LSB (Leipziger Sportwissenschaftlichen Beiträgen),* Berlin, 54(2013), Heft 1, 65-89.
50) Tilman Steinert: Wirksamkeit von Antidepressiva: Evidence b(i)ased Medicine. *Psychiatrische Praxis* 2008; 35(3): 149-151. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. DOI: 10.1055/s-2008-1074815.
51) Christian G. Huber et al. Empowerment – ein Weg zur Entstigmatisierung. *SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY* 2015;166(7):224–231.
52) Dorothea von Haebler: Teil I – Versorgungssituation und psychotherapeutische Haltung. Psychodynamische Psychotherapie von Menschen mit Psychosen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie,* 15. Jahrgang, 13. Februar, 01/2015, S. 16-19; ISSN 1661-2051.
53) Britten Uwe, Interview mit Prof. Dr. phil. Thomas Bock: „Die Menschen ringen mit einem sinnhaften Bezug ihrer Erkrankung“. *Deutsches Ärzteblatt,* PP 14, Heft 8, August 2015, S. 364-365.
54) Lena Kornyeyeva: Die sedierte Gesellschaft. Wie Ritalin, Antidepressiva und Aufputschmittel uns zu Sklaven der Leistungsgesellschaft machen, Wilhelm Heyne Verlag, München, 5/2014.
55) Peter Lehmann: Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention. *Recht und Psychiatrie,* Sonderdruck, 33. Jahrgang, 1. Vierteljahr, Psychiatrie-Verlag, Köln 2015, S. 20-33.
56) Interview: Otto Hostettler mit Psychiatrieprofessor Klaus Dörner. «Abgabe von Psychopharmaka ist noch heute teils kriminell». *BEOBACHTER* [Schweiz], 3/2014, S. 29. http://www.beobachter.ch/justiz-behoerde/buerger-verwaltung/artikel/psychiatrie_abgabe-von-psychopharmaka-ist-noch-heute-teils-kriminell/ (Abrufdatum 7. Dez. 2015)
57) Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.). Arzneiverordnungs-Report 2014: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014, S. 942.
58) Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.). Arzneiverordnungs-Report 2015: Aktuelle Zahlen, Kosten, Trends und Kommentare, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015, S. 940.
59) Vorsicht geboten. Neuroleptika für ältere Menschen mit Demenz. *GPSP (Gute Pillen – Schlechte Pillen),* 6/2012, S. 9-10. ISSN 1861-6046.
60) Asmus Finzen: Neuroleptika für Kinder? Ein Lehrstück. *Soziale Psychiatrie* 01/2010, S. 52-53.
61) Resch, F. & Westhoff, K. (2013). Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1*(1), 32-

46. ISSN: 2307-8863.
62) *arznei-telegramm*® 10/2007; Jg. 38: S. 92-93: ANTIDEPRESSIVA UND SUIZIDALITÄT.
63) H. Löllgen: Bedeutung und Evidenz der körperlichen Aktivität zur Prävention und Therapie von Erkrankungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2013; 138: 2253–2259 (Sonderdruck). © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, New York. ISSN 0012-0472. DOI 10.1055/s-0033-1349606.
64) Kamat MA, Edgar L, Niblock P, McDowell C, Kelly CB. Association between antidepressant prescribing and suicide rates in OECD countries: an ecological study. *Pharmacopsychiatry.* 2014 Jan;47(1):18-21. doi: 10.1055/s-0033-1357183. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24105079.
65) Bschor, T., Müller-Oerlinghausen, B.: Antidepressiva verringern nicht das Risiko von Suiziden oder Suizidversuchen bei depressiven Patienten. *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP),* Band 41, Heft 2, April 2014, S. 2-5.
66) Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant Dose, Age, and the Risk of Deliberate Self-harm. *JAMA Intern Med.* 2014;174(6):899-909. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1053.
67) Tödliche Gedanken. Was Menschen dazu bringt, sich selbst zu töten. Und wo es Hilfe gibt. *Gute Pillen – Schlechte Pillen (GPSP),* 2/2013, S. 10-12. ISSN 1861-6046.
68) Firth J., Cotter J., Elliott R., French P., Yung A.R. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med.* 2015 May;45(7):1343-61. doi:10.1017/S0033291714003110. Epub 4. Feb. 2015.
69) Valentin P. Matei, Alexandra I. Mihailescu & Michael Davidson: Is non-pharmacological treatment an option for certain schizophrenia patients? *Psychiatria Danubina,* 2014; Vol. 26, No. 4, pp 308-313. © Medicinska naklada - Zagreb, Croatia.
70) Balasubramaniam M., Telles S. and Doraiswamy P.M. (2013). Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front. Psychiatry,* Volume 3:117. doi: 10.3389/fpsyt.2012.00117.
71) Mertel S.: Multimodale Lauftherapie bei psychischen Erkrankungen. *zkm (Zeitschrift für Komplementärmedizin)* 2014; 6: 52–56. DOI: 10.1055/s-0034-1396358.
72) D. Sollberger, U.E. Lang: Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt* 2013. DOI 10.1007/s00115-013-3769-9. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013.
73) D. Sollberger, U.E. Lang: Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 2: Therapeutische Herausforderungen. *Nervenarzt* 2013. DOI 10.1007/s00115-013-3770-3. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013.
74) Joerger et al.: «Entzugssymptome» der modernen Antidepressiva. *Schweizerische Ärztezeitung,* 2001; 82: Nr. 3, S. 65-67.
75) *AMB (DER ARZNEIMITTELBRIEF)* 2015, **49,** 65: Entzugserscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva Typ SSRI und SNRI. http://www.der-arzneimittelbrief.de/de/index.aspx
76) Peter Lehmann: Antidepressiva absetzen. Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen. *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.* (BRD), 1/2016, S. 8-11. http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2016.1.8-11.pdf (abgerufen 22. Februar 2016). http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf (abgerufen 22. Februar 2016).
77) Mikkel Borch-Jacobsen (Hg.): Big Pharma. Wie profitgierige Unternehmen unsere Gesundheit aufs Spiel setzen, Piper Verlag, München/Berlin 2015.
78) J. Wiskemann, B., Friedmann-Bette: Potenzial körperlicher Aktivität in Prävention und Therapie chronischer Erkrankungen. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2015; 40(06): 389-408. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. DOI: 10.1055/s-0035-1552782.
79) Dr. med. Ulrich Strunz: Wunder der Heilung. Neue Wege zur Gesundheit - Erkenntnisse und Erfahrungen, Heyne Verlag, München 2014, S. 176 (ebook).
80) Risperidon-Depot (RISPERDAL CONSTA) bei Schizophrenie nicht besser als perorale Neuroleptika. *arznei-telegramm* 4/2011; Jg. 42: 38. http://www.arznei-telegramm.de/html/2011_04/1104038_03.html (abgerufen am 22. Feb. 2016).
81) Josef Zehentbauer: Psychopillen, AG SPAK Bücher, 4. aktualisierte u. überarbeitete Auflage, München 1993, S. 28.
82) Volkmar Aderhold: Partizipativer Umgang bei der Neuroleptika-Behandlung. In: Andreas Knuf, Margret Osterfeld, Ulrich Seibert: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit, 3., neubearbeitete Auflage 2007, Bonn: Psychiatrie-Verl.**,** S. 186.
83) Peter Lehmann: Schöne neue Psychiatrie, Band 1. Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken, Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag Berlin 1996, S. 81.
84) Peter C. Gøtzsche: Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen: Wie Ärzte und Pharmaindustrie die Gesundheit der Patienten vorsätzlich aufs Spiel setzen, Riva Verlag, München, 1. Auflage 2016.
85) Cornelia Stolze: Krank durch Medikamente. Wenn Antibiotika depressiv, Schlafmittel dement und Blutdrucksenker impotent machen, München, Zürich, Piper 2014, S. 170.
86) Prof. Dr. Peter C. Gøtzsche: Fortschritt durch Rückbesinnen [Interview]. *GESUNDHEIT AKTIV – DAS MAGAZIN.* Herausgegeben von GESUNDHEIT AKTIV - Anthroposophische Heilkunst e.V. Berlin, 03 / Frühjahr 2016, S. 32-39.
87) Andreas Meißner: Stressbewältigung durch Achtsamkeit. Möglichkeiten und Grenzen von MBSR und

MBCT. *NEUROTRANSMITTER* 2015; 26 (3), S. 34-39.
88) Löllgen H. Gesundheit, Bewegung und körperliche Aktivität. *DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR SPORT-MEDIZIN,* 6/2015; Jg. 66: 139-140.
89) Gøtzsche Peter C. Suicidality and aggression during antidepressant treatment. Author's reply to Dubicka and colleagues and Stone. *BMJ* 2016; 352 :i915. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i915.
90) Sharma Tarang, Guski Louise Schow, Freund Nanna, Gøtzsche Peter C. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016; 352 :i65. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i65.
91) Jann E. Schlimme: Begleitetes Absetzen von Neuroleptika aus der Sicht des ambulant tätigen Facharztes. Beitrag zum Forum » ›Low dose – no dose‹ – ein anderer Umgang mit Psychopharmaka«. *Soziale Psychiatrie* 02/2016, S. 31-34.
92) Die Fragen stellte Thomas R. Müller. »Reduktionsprozesse offensiv anregen«. Ein Interview mit dem Psychiater und Psychotherapeuten Jann E. Schlimme. *Soziale Psychiatrie* 02/2016, S. 35.
93) Volkmar Sigusch: Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion, Campus Verlag, Frankfurt / New York, 2005, S. 190.
94) Von Daniel Ryser [Interview mit Bernard Rambert]: «Wir gingen weit, sehr weit». *WOZ (Die Wochenzeitung),* Nr. 28/2015 vom 09.07.2015, o.S.
95) Edmund Schönenberger: Das Bundesamt für Sozialversicherungen gegen den Verein PSYCHEX, 2015-2016. http://www.psychex.ch/doku/BSV.pdf (abgerufen am 6. April 2016).
96) Volkmar Aderhold: Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Ein Update zur Neuroleptika-Debatte. *Kerbe,* Forum für soziale Psychiatrie, 31. Jahrgang, 2/2013, S. 25-27. ISSN 0724-5165.
97) Burkhard Wiebel / Alisha Pilenko / Gabriele Nintemann (Hrsg.): Mechanismen psychosozialer Zerstörung. Neoliberales Herrschaftsdenken, Stressfaktoren der Prekarität, Widerstand, VSA Verlag, Hamburg 2011, S. 66.
98) Ingo Schäfer: Traumatisierungen bei Psychosepatienten: Weitere Argumente gegen das „bio-bio-bio Modell"? *Psychiatrische Praxis* 2009; 36(5): 205-207. DOI 10.1055/s−0029−1220374.
99) Martin Zinkler und Jose M. Koussemou: Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *R&P (Recht & Psychiatrie),* (2014) 32: 142-147.
100) Peter Lehmann: Ist die gewaltsame Verabreichung von toxischen Psychopharmaka und von Elektroschocks zeitgemäß? *Kerbe,* Forum für soziale Psychiatrie, 31. Jahrgang, 2/2013, S. 35-38. ISSN 0724-5165.
101) *Pharma-Brief. Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne.* Daten verschweigen kann tödlich sein. Transparenz bei Studien unverzichtbar, Nr. 7., Sept. / Okt. 2015, S. 1-2. ISSN 1618-4572.
102) *a-t (arznei-telegramm),* 11/2010; 41. Jahrgang: S. 111-2: BEISPIEL REBOXETIN (EDRONAX, SOLVEX). Publikationsbias führt Ärzte in die Irre.
103) Carlotta Belaise et al.: Patient Online Report of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Persistent Postwithdrawal Anxiety and Mood Disorders. *Psychother Psychosom* 2012;81:386–388. DOI: 10.1159/000341178.
104) Fava GA et al.: Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2015;84(2):72-81.
105) Chouinard G. & Chouinard V.-A.: New Classification of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal. *Psychother Psychosom* 2015;84:63-71. DOI:10.1159/000371865.
106) *arznei-telegramm,* 11/2003, Jg. 34, S. 104: STROMSCHLAG-ÄHNLICHE SYMPTOME NACH ABSETZEN VON SSRI.
107) Irving Kirsch: Der Placeboeffekt in der antidepressiven Behandlung. *Verhaltenstherapie* 2016;26:55–61. DOI: 10.1159/000443542. Published online: February 19, 2016.
108) Gartlehner, G.; Gaynes, B.N.; Amick, H.R.; Asher, G.; Morgan, L.C.; Coker-Schwimmer, E.; Forneris, C.; Boland, E.; Lux, L.J.; Gaylord, S.; Bann, C.; Pierl, C.B.; Lohr, K.N. (2015) Nonpharmacological Versus Pharmacological Treamtents for Adult Patients With Major Depressive Disorder. In: *AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)* Publication No.15(16)-EHC031-EF: S. n.a. (online).
109) Amick, H.R.; Gartlehner, G.; Gaynes, B.N.; Forneris, C.; Asher, G.N.; Morgan, L.C; Coker-Schwimmer, E.; Boland, E.; Lux, L.; Gaylord, S.; Bann, C; Pierl, Ch.B.; Lohr, K.N. (2015) Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. In: *British Medical Journal,* 351:h6019: S. n.a. (online). doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6019.
110) Volkmar Aderhold: Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog. Beitrag zum Forum »Open Dialogue – das hilfreiche Gespräch mit allen Beteiligten«. *Soziale Psychiatrie* 02/2016, S. 25-30.
111) Ebrahim, Shanil et al.: Meta-analyses with industry involvement are massively published and report no caveats for antidepressants. *Journal of Clinical Epidemiology,* 2016 Feb., Volume 70, 155-163. Epub 2015, Sep. 21. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.08.021.
112) Jose de Leon: Beyond the corrupting influence of pharmaceutical companies on antidepressant meta-analyses (Letter commenting on: *Journal of Clinical Epidemiology,* 70, 2016, 155−163). http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.03.001.
113) Peter C. Gøtzsche: Why I think antidepressants cause more harm than good. *The Lancet Psychiatry*

2014; Volume 1, No. 2, p104-106.
114) Joseph Firth et al.: Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry,* Version of Record online: 14 MAR 2016. DOI:10.1111/eip.12329.
115) Prof. Dr. med. Andrea Schmitt: Sporttherapie bei Schizophrenie. Weniger Symptome, bessere Fitness. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 2013;15 (11). DOI: 10.1007/s15005-013-0636-y.
116) Die Behandlung alter Menschen mit Antipsychotika und Antidepressiva ist mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert. *AMB (Der Arzneimittelbrief),* Westkreuz-Verlag, Berlin, 2016, **50**, 37. http://www.der-arzneimittelbrief.de
117) Volkmar Aderhold**:** Psychotische Symptomatik unter Neuroleptika. Was verändert sich im Verlauf von 20 Jahren? *InFo Neurologie & Psychiatrie* 2015; Volume 17, Issue 1, pp 36-37. DOI: 10.1007/s15005-015-1154-x.
118) Phil Barker: Mental Health Nursing – ein Mythos**.** *Psych Pflege* 2011; 17(1):12-17. DOI: 10.1055/s-0030-1270693.
119) Den Wahn erkennen. *Psychologie Heute,* 43. Jahrgang, 04/2016, S. 56.
120) Herring MP, O'Connor PJ, Dishman RK. The Effect of Exercise Training on Anxiety Symptoms Among Patients: A Systematic Review. *Arch Intern Med.* 2010;170(4):321-331. doi:10.1001/archinternmed.2009.530.
121) Dr. Barbara Bornheimer: Bewegung tut gut. *Treffpunkte,* Herausgeber Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V., 1/2015, S. 14-16.
122) Esther Jung: Behandlung psychotischer Störungen - Aspekte der Therapiebeziehung und Untersuchung unmedizierter Menschen mit psychotischen Störungen. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften (Dr. rer. Nat.) dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg, Marburg an der Lahn, Mai 2015.
123) Tania Lincoln: Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz, 2., überarbeitete Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen 2014, S. 56.
124) Edmund Schönenberger, 8153 Rümlang, an das Bundesgericht Lausanne am 21. September 2014, S. 7. http://www.psychex.ch/doku/NG.pdf (abgerufen am 26. Juli 2016).
125) Edmund Schönenberger, 8153 Rümlang, in Sachen R. D., Psych. Anstalt Burghölzli, Zürich, an das Obergericht II. Zivilk., 8021 Zürich, 5. Dezember 2007. http://ch.indymedia.org/media/2007/12/55165.pdf (abgerufen am 26. Juli 2016).
126) Huber, Christian G. et al.: Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry,* Published Online: 28. July 2016. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30168-7.
127) Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, et al. Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy: An Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(11):1102-1109. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1516.
128) Joanna Moncrieff: Antidepressants: misnamed and misrepresented. *World Psychiatry*, 2015 Oct;14(3):302-3. DOI: 10.1002/wps.20243.
129) Carvalho A, F, Sharma M, S, Brunoni A, R, Vieta E, Fava G, A, The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom* 2016;85:270-288. DOI:10.1159/000447034.
130) Khan, A. and Brown, W. A. (2015), Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry,* 14: 294–300. doi:10.1002/wps.20241.
131) Peter Ansari, Sabine Ansari: Unglück auf Rezept: Die Antidepressiva-Lüge und ihre Folgen, Klett-Cotta, Stuttgart 2016.
132) Was essen sie zum Frühstück? *PSYCHOLOGIE HEUTE,* 43. Jahrgang, 10/2016, S. 61-62.