

Abbau von Barrieren im Kopf

Damit es zu einer Verbesserung und Humanisierung der psychiatrischen Versorgung kommen kann, bedarf es des Abbaus unterschiedlicher Barrieren in den Köpfen vieler Menschen. Nicht nur professionelle Helfer müssen zum Umdenken angeregt werden, auch die Gesellschaft, Politiker, Angehörige und Betroffene selbst sind dazu angehalten, ihre Sichtweisen immer wieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu erneuern oder zu ändern. Die psychiatrische Versorgung hat sich die letzten Jahrzehnte – vor allem durch Anstoß der Psychiatrie-Enquete – (größtenteils) stetig weiterentwickelt und verbessert. Dennoch besteht vielerorts noch dringender Handlungsbedarf auf dem Weg zu einem optimalen Behandlungsspektrum. Zentrale Themen sollten dabei (auch gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention) Inklusion, Teilhabe sowie die Wertschätzung der Einzigartigkeit und auch Andersartigkeit eines jeden Menschen sein. Psychisch kranke Menschen dürfen niemals ausgeschlossen und stigmatisiert werden. Sie haben ein Recht auf Leben, Schutz der Menschenwürde und -rechte, Nichtdiskriminierung, Akzeptanz, Toleranz, Teilhabe, Leben in der Gemeinschaft, Achtung der Privatsphäre, Chancengleichheit, Bildung, Arbeit, Rehabilitation, Andersartigkeit, Eigenständigkeit, Gleichberechtigung und Entscheidungsfreiheit (vgl. Bundesgesetzblatt 2008).

Es muss darauf geachtet werden, dass die Errungenschaften der letzten Jahre nicht wieder zunichte gemacht werden. Betrachtet man so manche gesundheitspolitische Entscheidung, scheinen neben den Barrieren im Kopf auch teilweise noch Scheuklappen dazugekommen zu sein. Der Abbau dieser Barrieren muss in den Köpfen der einzelnen Menschen beginnen. Es muss Bewusstsein geschaffen werden und Betroffenheit entstehen. Erst dann können weitere zielführende Schritte und Maßnahmen zur Verbesserung geplant und eingeleitet werden.

Was muss passieren, dass es zu einem Abbau der Barrieren in den verschiedenen Köpfen kommt?

Neben einer regelmäßigen Selbstreflexion bedarf es ebenfalls der Fremdreflexion. Kritikfähigkeit und der anschließende Änderungswille sowie das aktive Tun spielen dabei eine entscheidende Rolle. Reflexion sollte als verbindliche Pflichtaufgabe unserer Gesellschaft angesehen werden.

Gegebenheiten sollten kritisch hinterfragt werden. Eine differenzierte und kontinuierliche Auseinandersetzung mit psychischen Störungsbildern ist eine Grundvoraussetzung, um ein Verständnis für Denk-, Sicht- und Verhaltensweisen ent-

wickeln zu können sowie Wünsche psychisch kranker Menschen besser zu verstehen, zu deuten und damit professionell und empowermentorientiert umgehen zu können. Betroffene sollten dazu ermutigt werden, sich selbst mit ihrer Störung und ihren Problematiken gezielt auseinanderzusetzen, denn Wissen ist Macht. Nichtwissen scheint in diesem Fall problematisch und stellt ein Hindernis für Recovery dar. Psychoedukation, Psychoseseinare und Trialog sind probate Mittel im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und sollten Selbstverständlichkeit in der psychosozialen Versorgung sein.

Psychisch kranke Menschen dürfen nicht als Sonderlinge, Exoten, Außenseiter und Personen, die selbst an ihrer Erkrankung schuld wären, angesehen werden. Der beste Weg, etwas über einen psychisch kranken Menschen zu erfahren, ist der direkte persönliche Kontakt mit ihm. Die Einbeziehung Betroffener und die Begegnung auf Augenhöhe sollten zur Selbstverständlichkeit gehören bzw. werden. Machtgefälle und Omnipotenzgefühle sind in der Psychiatrie fehl am Platz. Professionelle Helfer müssen daher Veränderungs- und Lernbereitschaft zeigen.

Es wird (wieder) Zeit, mehr den Menschen in den Blick zu nehmen und ihn nicht auf seine Symptome zu reduzieren. Der Weg muss weg von einer einseitigen, defizitären Blickweise hin zu einer partizipativen, salutogenetischen Herangehensweise führen. Im Zweifelsfall hilft es als Experte durch Fachwissen meist, wenn man sich die Frage stellt, wie man selbst behandelt werden möchte, wäre man an der Stelle seines Gegenübers. Es ist ebenso wichtig, dass Vorurteile beseitigt werden. Alternative Behandlungsansätze und -methoden müssen mehr in den Blickpunkt gerückt werden und Betroffene und Angehörige sollten in der Praxis (und auch in der Forschung) mehr miteinbezogen werden. Peer-Arbeit und EX-IN-Genesungsbegleitung sollten weiter ausgebaut werden und selbstverständlicher Bestandteil der Versorgung sein.

Barrieren bestehen oftmals nicht nur zwischen Experten durch Fachwissen und Experten aus Erfahrung, sondern auch zwischen den verschiedenen professionellen Berufsgruppen selbst. Keine oder zumindest flache Hierarchien werden von multiprofessionellen Teams sehr begrüßt. Dadurch wird zu einem Gemeinschaftsgefühl, was auf Gleichberechtigung basiert, beigetragen.

Ein weiterer Punkt, über den nachgedacht werden sollte, ist die Sprache professioneller Helfer. Sehr häufig wird im Alltag eine Fachsprache genutzt, die für Laien nur schwer verständlich ist. Es wäre daher sinnvoll, eine gemeinsame Sprache zu finden und zu entwickeln, mit der auf Augenhöhe mit dem Gegenüber kommuniziert wird.

Es muss an dieser Stelle auch angemerkt werden, dass rein wirtschaftliches Denken im Gesundheits- und Sozialwesen keinen Platz hat, da es humanes Denken in den Hintergrund stellt.

Ebenso muss der »Evidenz-Gedanke« in Frage gestellt werden. Selbstverständlich soll gemessen werden, was zu messen ist. Allerdings lassen sich beispielsweise weiche Faktoren, wie eine gute Beziehung oder Empathie lediglich beobachten. Daher besteht der Wunsch nach mehr qualitativer statt quantitativer Überlegungen in der psychiatrischen Arbeit.

Achtsamkeit

Ein Thema, das ebenfalls die Köpfe der Menschen und ihr Denken betrifft, ist Achtsamkeit (engl. *mindfulness*). In der heutigen Zeit fällt es den Menschen zunehmend schwerer, achtsam und (vor)urteilsfrei zu leben. Aufmerksam im Hier und Jetzt zu sein scheint für eine Vielzahl von Menschen unmöglich. Entweder verharren sie gedanklich in der Vergangenheit oder sie machen sich bereits Gedanken und Sorgen um die Zukunft. Manche Menschen laufen auch einfach nur auf Autopilot. Ein chinesisches Sprichwort besagt: »Wer die Gegenwart nicht genießt, wird in der Zukunft keine schöne Vergangenheit haben.« Menschen neigen dazu, Dinge schnell zu bewerten – und das häufig auf negative Art und Weise. Sie geben den Dingen keine Chance auf Veränderung. Dadurch werden sie zu pessimistischen oder nihilistischen Personen. Der Blick für die kleinen, schönen Dinge im Leben, die es eigentlich verdient hätten, Dankbarkeit in uns auszulösen, gerät aus dem Fokus: ein Dach über dem Kopf, das Essen auf dem Tisch, das Bett zum Schlafen, die Kleidung, die man trägt, Familie und Freunde, das Lächeln anderer Menschen und vieles andere mehr. Der Alltag läuft oft gleich und routiniert ab, was dazu führt, dass andere Einflüsse nicht mehr wahrgenommen werden. Ein achtsamer Umgang mit den Mitmenschen scheint nicht mehr zeitgemäß zu sein. Ebenso eine achtsame Haltung dem Leben gegenüber. Achtsamkeit hat etwas mit Aufmerksamkeit zu tun. Zentral dabei sind die wertungsfreien Wahrnehmungen unserer Sinne. Achtsam zu leben ist ein Prozess. Da Achtsamkeit ein wichtiger Schritt zu mehr Gelassenheit im Leben ist, ist eine bewusste Auseinandersetzung damit notwendig. Achtsamkeitsbasierte Therapien zeigen eine Evidenz zur Prävention sowie der Behandlung von Depression und Ängsten (Gotink et al. 2015).

In der psychiatrischen Versorgung bedarf es eines achtsamen Umgangs mit allen Beteiligten (Patienten, Angehörigen, Kollegen, aber auch mit der eigenen Person). Achtsamkeit lenkt den Blick auf den Menschen und wertet nicht. Sie zeugt von einer Offenheit allen Daseins und der Vielfalt menschlichen Lebens gegenüber. Sie ist dabei behilflich, sich nicht mit anderen Menschen zu vergleichen und somit in einen negativen Gedankenstrudel des Neids zu verfallen. Achtsamkeit steigert die Konzentration, kann den Menschen zur Entspannung führen und vor Burn-out schützen. Sie kann ein Weg der Befreiung sein.

In der Care-Ethik bedeutet Achtsamkeit eine besondere Form der Aufmerksamkeit, die den Blick auf die Bedürfnisse der hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen richtet.

Adhärenz

Als Adhärenz (engl. *adherence*) wird die Therapietreue eines Patienten bezeichnet. Sie bedeutet die Einhaltung und Umsetzung der gemeinsam vereinbarten und erarbeiteten Therapiemaßnahmen und -ziele. Der Begriff Compliance sollte von Adhärenz

abgelöst werden. Compliance legt hinsichtlich des Erstellens von Therapiezielen und -plänen weniger Wert auf die Gemeinsamkeit. Wer den Vorschlägen des Therapeuten nicht folgt, ist nicht compliant. Er boykottiert die Behandlung, gilt als Störenfried oder Querulant. Diese Sichtweise ist negativ besetzt und zu einseitig. Andere Bereiche zeigen bereits, was diktatorische Regimes bewirken und wie diese sich auf das Wohlbefinden der einzelnen Menschen auswirken. Adhärenz dreht sich vielmehr darum, dem Patienten auf Augenhöhe zu begegnen, ihn als Individuum zu schätzen und zu akzeptieren sowie gemeinsam nach Behandlungs- und Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Der psychisch kranke Mensch hat das gleiche Mitspracherecht wie der Arzt, Therapeut oder die Pflegefachperson und verschiedene Wahlmöglichkeiten – anders als bei Compliance. Durch die Gemeinsamkeit entsteht ein Gefühl der Wertschätzung und des Vertrauens. Der Betroffene sieht sich als gleichberechtigter Partner, fühlt sich einbezogen und ernstgenommen. Daraus entsteht ein Nährboden für Veränderung und Wachstum. Vor allem für den Ausgang einer Behandlung ist dies äußerst entscheidend. Wird jemand mehr oder weniger dazu gezwungen, beispielsweise Medikamente gegen seinen Willen einzunehmen, wird er sie womöglich nach geraumer Zeit eigenmächtig wieder absetzen. Auch der Begriff der Krankheitseinsicht eines Betroffenen ist dementsprechend zu hinterfragen. »Krankheitseinsicht ist nicht als Vorleistung des Patienten zu verstehen, sondern als Aufgabe des Therapeuten. Er hat Einsicht zu nehmen – nicht so sehr in eine abstrakte Krankheit, sondern vielmehr in die konkrete Lebenssituation eines unverwechselbaren Menschen.« (Bock 2010, S. 29).

Die Adhärenzraten bei Psychopharmakotherapie liegen nach einem Jahr bei etwa 50 % (Lencer und Korn 2015). Die Gründe fehlender Therapietreue sind dabei sehr vielfältig. So werden unter anderem unzureichende Wirksamkeit, auftretende Nebenwirkungen, Selbststigmatisierung, kognitive Defizite oder fehlende Unterstützung aus dem Umfeld aufgeführt (ebd.). Häufig haben Menschen mit schizophrenen Erkrankungen Probleme mit der Therapietreue (Moritz et al. 2013; Rummel-Kluge et al. 2008). Eine adhärenzfördernde Maßnahme kann dabei beispielsweise kontinuierlicher, offener, individueller und ehrlicher Kontakt (auch regelmäßiges Monitoring) zwischen Behandler/Behandlungsteam und Patient sein. Eine ehrliche, empathische, wertschätzende therapeutische Beziehung ist wahrscheinlich der wichtigste Grundstein. Ein partizipativer Umgang auf Augenhöhe, dem Gegenüber genau zuhören und ihn ernst nehmen, ihn individuell und verständlich nach seinem Bedarf aufzuklären und ihm Zeit für Entscheidungen zu geben, verbessert ebenfalls die Therapietreue (Julius et al. 2012). Das Einbeziehen der Familien von Betroffenen in die Aufklärung und Behandlung zeigt eine verbesserte Langzeitwirkung (Byerly et al. 2007; Dolder et al. 2003; Julius et al. 2012). Gezielte, verständliche Psychoedukation zeigt ebenfalls positive Effekte (Pitschel-Walz et al. 2006). Eine Monotherapie (Burton 2005), Niedrigdosierung von Psychopharmaka oder Vereinfachung der Einnahme durch Umstellung auf Depotmedikation (wenn vom Betroffenen erwünscht) können gegebenenfalls in Betracht gezogen werden. Nicht verträgliche Medikamente sollten durch andere ersetzt werden. Zur Kostensenkung für Betroffene können Generika verordnet werden. Zuletzt sind Erinnerungshilfen und Hilfsmittel wichtige Faktoren, die zur Adhärenz beitragen können. Wenn Patienten Psychopharmaka ablehnen, sollte mit ihnen gemeinsam nach möglichen Alterna-

tiven gesucht werden. Sie dürfen dadurch keinen Nachteil in der Behandlung erhalten. Therapietreue zielt allerdings nicht nur auf die Pharmakotherapie ab, sondern beispielsweise auf den regelmäßigen Besuch von therapeutischen Gruppen oder dem Einhalten von Gesprächsterminen – eben alle gemeinsam vereinbarten Elemente, die zur Genesung beitragen sollen.

Akzeptanz

Das Wort Akzeptanz stammt aus dem Lateinischen (*accipere*) und bedeutet annehmen oder empfangen. Bevor man andere Menschen (und ihre Verhaltens- und Denkweisen) akzeptieren kann, muss man zunächst einmal sich selbst akzeptieren.

»Annahme und Akzeptanz ist mehr als das reine Anerkennen. Wir nehmen dann eine Situation oder eine Eigenschaft von uns als gegeben an, ohne sie zu verurteilen. Akzeptanz bedeutet nicht, dass man die aktuelle Situation gut finden oder gar lieben muss. Es bedeutet aber, selbst zu Dingen ja zu sagen, die wir uns nicht so wünschen, wie sie sind.« (Knuf 2016, S. 9). Von Marsha Linehan wird diese Annahme als »radikale Akzeptanz« bezeichnet (Linehan 1996). Zu allererst steht demnach die Selbstannahme. Ist man mit sich selbst nicht im Reinen, können Schwierigkeiten beim Bearbeiten von Selbstwertproblematiken psychisch erkrankter Menschen entstehen. Nicht authentische Selbstannahme kann zu einem Spannungsfeld führen und der therapeutischen Beziehung Schaden zufügen. Schlimmstenfalls kommt es zum Therapie- und Beziehungsabbruch. Es wäre daher wichtig, dass Menschen lernen, sich so anzunehmen und zu akzeptieren, wie sie sind. Das Streben nach Perfektionismus ist zum Scheitern verurteilt. Die eigenen Grenzen müssen anerkannt und akzeptiert werden. Von Oscar Wilde stammt dazu der Ausspruch: »Sei du selbst! Alle anderen sind bereits vergeben.« Selbstannahme beinhaltet die Fähigkeit der Selbstkritik, sich und sein Denken immer wieder kritisch zu hinterfragen. Dies ist in der psychosozialen Versorgung von äußerster Wichtigkeit. Es gilt, die Dinge individuell zu betrachten und immer auch den Kontext mit einzubeziehen.

In der psychiatrischen Versorgung muss auch akzeptiert werden, dass man nicht immer den Helden oder Retter spielen kann. Dieser Anspruch wäre verwegen! Wichtig ist die Akzeptanz des Gegenübers, so wie er ist. Psychisch kranke Menschen sollten so angenommen werden, wie sie sind. Diese Akzeptanz birgt Vertrauen in sich. Der Betroffene fühlt sich verstanden, ernstgenommen und wertgeschätzt. Somit kann eine vertrauensvolle Basis geschaffen werden, die für eine Therapie, Pflege, Begleitung und Betreuung äußerst wichtig ist. Wichtig ist zu verinnerlichen, dass die Annahme nichts mit Resignation zu tun hat (vgl. Knuf 2016). Das Akzeptieren von Meinungen, Ansichten, Symptomen oder Eigensinn psychisch kranker Menschen ist nicht immer einfach. Manchmal ist es auch eine Gratwanderung. Eine Psychiatrie ohne Eigensinn hat allerdings nichts mit Individualität und Kreativität zu tun. Bock schreibt ihr klar definierte Diagnosen, den Einsatz von standardisierter Medikation, ideenlose Konzepte und ein reserviertes Menschenbild zu. Er bezeichnet sie ohne

Eigensinn als schlichtweg stupide (Bock 2014, S. 10). Für ihn sei Eigensinn weder krank noch gesund. Großer Eigensinn könne beispielsweise gesund sein und zur Genesung eines Betroffenen beitragen, während wenig Eigensinn auch krank machen könne (ebd., S. 20).

Weinmann schreibt: »Jeder Patient hat Anspruch auf seine eigene Geschichte, ohne dass einzelne Autoritäten diesen Sinn und die Bedeutung sofort monopolisieren und alle konkurrierenden Erklärungen verdrängen.« (Weinmann 2010, S. 209). Es müssen daher immer auch das individuelle, subjektive Krankheits- und Selbstkonzept sowie -verständnis beachtet und respektiert werden. Bestimmte Symptome (wie beispielsweise das Stimmenhören) sollten nicht zwangsläufig pathologisiert und wegtherapiert werden. Das Stimmenhören kann als ein Signal von Problematiken und Konflikten im Leben erachtet werden, welche nicht durch Unterdrückung beseitigt werden können (vgl. Romme und Escher 2007, S. 137).

Die Psychiatrie darf sich niemals zu Verallgemeinerung und eigener Verabsolutierung hinreißen lassen. Daher sind Leitlinien immer mit gewisser Vorsicht zu genießen, da sie nicht selten wenig bis keinen Spielraum für einen individuellen und flexiblen Umgang lassen.

Ein anzustrebendes Ziel wäre die wertschätzende, vorurteils- und wertungsfreie Zuwendung. Carl Rogers bezeichnet diese als »bedingungsloses Akzeptieren« (Rogers 2013, S. 27). Es sollte immer im Sinne der Betroffenen gehandelt werden. Ihre Würde und ihre Rechte müssen geachtet, respektiert und eingehalten werden. Bei bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung gilt es selbstverständlich einzugreifen. Wichtig sind dann allerdings ein gültiger Rechtsrahmen sowie die Begründung und Besprechung der eingeleiteten Schritte und Maßnahmen mit dem Betroffenen. Bei einem Einschreiten ist immer die mildeste Form zu wählen.

Die Akzeptanz ist nicht nur für professionelle Helfer wichtig, sondern sie ist auch ein wichtiger Schritt für Betroffene auf dem Weg der Genesung/Gesundung. Häufig haben Betroffene Probleme mit der Akzeptanz bestimmter Begebenheiten (z. B. die gestellte Diagnose und die daraus resultierende Behandlungsbedürftigkeit). Angehörige tun sich nicht selten ebenso schwer, bestimmte Begebenheiten anzuerkennen (z. B. »Mein Angehöriger ist psychisch krank.«). Die Akzeptanz und Annahme sind wichtige Schritte heraus aus der Krise, hin zu einer neuen Sichtweise. So kann die Erkrankung als Chance zur Veränderung angesehen werden. Ein erster Schritt kann die Akzeptanz der eigenen Menschlichkeit und somit auch der eigenen Fehlbarkeit sein.

Für Betroffene kann dabei die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) hilfreich sein. ACT ist ein verhaltenstherapeutisch/-analytischer und achtsamkeitsbasierter Ansatz, welcher von Steven Hayes begründet wurde. Das ACT-Modell (Hayes et al. 2014) beruht auf sechs Ansatzpunkten:

1. Akzeptanz (von Gefühlen, Empfindungen, Gedanken und eigenen Reaktionen)
2. Kognitive Defusion (eine Haltung gegenüber den eigenen Gedanken, die es ermöglicht, diese aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, ohne daraus Taten folgen zu lassen – diese also nicht wörtlich zu nehmen)
3. Achtsamkeit (aufmerksames, wertungsfreies Dasein im Hier und Jetzt)
4. Selbst als Kontext (Eigenes Selbst finden sowie Perspektivenwechsel durch flexiblen Umgang)

5. Werte (und Ziele formulieren)
6. Commitment (engagiertes, zielgerichtetes Handeln)

Dieses Konzept geht von einem flexiblen Selbstbild aus, das durch neue Sichtweisen positiv verändert werden kann.

Alternative Behandlungsmethoden und -ansätze

Der Ruf nach alternativen Behandlungsmethoden und -ansätzen wurde die letzten Jahre immer lauter. Problematisch ist in vielen Fällen, dass Studien nicht den standardisierten wissenschaftlichen Kriterien genügen und meist eine Evidenzbasierung fehlt. Viele Studien zeigen inhaltliche und/oder methodische Schwächen. Zu geringe Teilnehmerzahlen in den Studien lassen keine allgemeine Gültigkeit zu. Trotzdem sollten Alternativen nicht außer Acht gelassen werden. Es wäre an der Zeit, damit genauso wie mit dem subjektiven Sinn umzugehen. Der Wunsch nach Alternativen sollte gehört, ernstgenommen, unterstützt und individuell umgesetzt werden. Es gibt viele hilfreiche, erprobte und wirkungsvolle alternative Ansätze, die in der psychiatrischen Behandlung eingesetzt werden können. Viele interessante Ergebnisse unterschiedlicher Studien rechtfertigen den Einsatz von Alternativen. Selbstverständlich bedarf es in vielen Richtungen weitere Forschungsergebnisse zum Erreichen einer Evidenzbasierung. Gesunder Skeptizismus darf deshalb selbstverständlich vorhanden sein. Den verschiedenen alternativen Behandlungsansätzen sollte allerdings immer auch eine faire Chance eingeräumt werden, zumal die meisten von ihnen deutlich weniger (bis keine) Nebenwirkungen haben als Psychopharmaka. Zudem werden sie von Betroffenen und Angehörigen immer mehr eingefordert.

Es folgt die Auflistung einiger alternativer Behandlungsansätze und -methoden:

Akupunktur

Einige Studien bestätigen die Wirksamkeit von Akupunktur. Dabei zeigte sich eine verbesserte Symptomatik bei Menschen mit Depression oder generalisierter Angststörung (Eich et al. 2000; Lyons et al. 2012; MacPherson et al. 2013). In der Behandlung von Suchterkrankungen nimmt die Akupunktur zuletzt vermehrt Raum ein. Eine Meta-Analyse zeigte positiven Einfluss von Akupunktur in der Behandlung alkoholabhängiger Menschen (Shin et al. 2017). Ebenso bei Schlafstörungen kann Akupunktur gewinnbringend und nebenwirkungsfrei eingesetzt werden (Chen et al. 2007).

Bachblüten

Lemmer beschreibt den Einsatz von Rescue Tropfen (auch Notfalltropfen genannt) bei 23 Patienten mit Unruhe, Anspannung und Angstzuständen. Statt Promethazin 25 mg oder Lorazepam 0,5–1 mg erhielten die Patienten die Notfalltropfen. In 14

Fällen kam es zu einer deutlichen Besserung der Symptome, in drei Fällen zu einer leichten Besserung und lediglich bei sechs Probanden blieb die Symptomatik unverändert (Lemmer 2000, S. 161).

Homöopathie

Barck merkt an, dass die Homöopathie als unwissenschaftlich bezeichnet wird, aber gleichzeitig auch hinterfragt werden muss, was Wissenschaftlichkeit eigentlich genau bedeute. Zur Wissenschaftlichkeit gehören Vorurteilslosigkeit und eine direkte Erfahrung. Wer Homöopathie von vornherein mit einer ablehnenden Haltung gegenüber steht, zeigt damit, dass er mit Vorurteilen behaftet ist und er sie nicht (aus eigener Erfahrung) kennt (Barck 2000, S. 137). Wahrscheinlich ist die Homöopathie eine der umstrittensten alternativen Behandlungsmethoden überhaupt. Für viele haben Globuli, Dilutionen etc. etwas mit dem Glauben daran zu tun und sie werden schnell als Placebos abgetan. Mittlerweile ist allerdings bekannt, dass auch Placebos ihre Wirkung entfalten können. Selbst wenn homöopathische Mittel also »nur« eine Placebowirkung haben, sind sie mit Sicherheit nebenwirkungärmer als Psychopharmaka. Daher sollte ihnen eine faire Chance eingeräumt werden. Die Hypothese des »Daran-glauben-müssens« widerlegt der Einsatz bei Babys oder Kleinkindern. Diese können noch nicht an die Zuckerkügelchen und ihre vermeintliche Wirkung glauben. Auch der Glaube der Eltern an deren Wirksamkeit überträgt sich höchstwahrscheinlich nicht auf den Säugling. Die klinische Wirksamkeit ist allerdings für viele Mediziner weiterhin fragwürdig. Die Studienlage ist ausbaufähig. In einer Doppelblindstudie zeigte sich beispielsweise, dass Homöopathie gegenüber der Behandlung mit Fluoxetin bei mittelgradiger und schwerer Depression keine Minderwertigkeit aufwies (Adler et al. 2011). Auch in der ADHS-Behandlung zeigt sich Homöopathie als wirkungsvoll (Frei et al. 2005; 2006). Es werden unterschiedliche positive Behandlungseffekte mit homöopathischer Behandlung assoziiert. Selbst wenn diese nur subjektiv wären, könnte hier die Beweislastumkehr eintreten. Es müsste also erst einmal bewiesen werden, dass die Besserung keine Folge der Homöopathie wäre.

Lichttherapie

Eine neuere Studie hat herausgefunden, dass Lichttherapie nicht nur bei saisonal abhängiger Depression (SAD) wirksam ist (Lam et al. 2016). Lichttherapie zeigte sich dabei deutlich überlegen gegenüber Placebo und Fluoxetin. Am effektivsten war allerdings die Kombination von Lichttherapie und Fluoxetin. Ebenfalls soll Lichttherapie einen positiven Einfluss auf Demenz haben. In einer niederländischen Studie verringerte sich dadurch die Abnahme der kognitiven Leistung sowie die depressive Symptomatik (Riemersma-van der Lek et al. 2008).

Melatonin

Melatonin ist ein Hormon, welches vor allem nachts in der Zirbeldrüse gebildet wird und für die Steuerung unseres Tag-Nacht-Rhythmus mitverantwortlich ist. Es wird aus Serotonin gebildet, welches wiederum aus der Aminosäure Tryptophan entsteht. In einer Studie zeigte sich Melatonin ebenbürtig mit dem Non-Benzodiazepin Zopiclon (Paul et al. 2004). Eine weitere Analyse zeigte die Wirksamkeit von Mela-

tonin bei Einschlafstörungen pädiatrischer Patienten mit ADHS (Benz und Scates 2010). Es soll sogar in der Behandlung und Verhinderung von Spätdyskinesien positive Effekte aufweisen (Shamir et al. 2001).

Neurofeedback

Bezüglich der Wirksamkeit von Neurofeedback (eine spezielle Form des Biofeedbacks, bei der Gehirnströme mit dem Ziel der aktiven Beeinflussung dargestellt und analysiert werden können) in der Behandlung von ADHS bei Kindern gibt es bereits einige Nachweise (Arns et al. 2009; Gevensleben et al. 2009). Eine neuere Studie bestätigte ebenfalls die Wirksamkeit von Neurofeedback in der Behandlung von Erwachsenen mit Diagnose ADHS (Mayer et al. 2016).

Phytopharmaka

Eine Vielzahl an pflanzlichen Präparaten (Phytopharmaka) kann bei psychischen Störungen eingesetzt werden. Es folgt eine kleine Übersicht verschiedener pflanzlicher Präparate und deren Einsatzgebiete sowie Wirkungen:

- *Baldrian*
Das »natürliche Valium« (Holford 2004, S. 131) zeigt sich hilfreich bei Schlafstörungen. Eine Meta-Analyse kam zu dem Ergebnis, dass Baldrian die Schlafqualität ohne jegliche Nebenwirkungen verbessern kann (Bent et al. 2006). Auch die Kombination von Baldrian mit Hopfen zeigt eine positive Wirkung sowie Überlegenheit gegenüber Placebo (Dimpfel und Suter 2008). Baldrian, Hopfen und Passionsblume werden häufig als Kombipräparat angeboten. Studien belegen die Wirksamkeit dieser Dreierkombination bei Ein- und Durchschlafstörungen (Staiger und Wegener 2006).
- *Ginkgo*
Ginkgo Biloba wird häufig bei älteren Menschen eingesetzt. Die Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit kann sich bei Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen signifikant verbessern (Grass-Kapanke et al. 2011). Ebenso zeigt sich eine anxiolytische Wirkung (Woelk et al. 2006).
- *Johanniskraut*
Die Wirksamkeit von Johanniskraut wurde bereits in einigen Studien bewiesen. Eine placebokontrollierte Studie belegt die Wirksamkeit von Johanniskraut bei mittelgradiger Depression (Uebelhack et al. 2004). Bei leichten bis mittelgradigen Depressionen kann es genauso wirksam wie die Antidepressiva Imipramin oder Citalopram sein und zeigt dabei weniger Nebenwirkungen (Gastpar et al. 2006; Woelk 2000). Im Vergleich mit dem Antidepressivum Paroxetin zeigt sich Johanniskraut in der Depressionsbehandlung und als Rückfallprophylaxe ebenfalls wirksam (Anghelescu et al. 2006; Szegedi et al. 2005).
- *Kamille*
Als Wirkstoff kann Kamille antidepressiv und anxiolytisch wirken (Amsterdam et al. 2012).
- *Kava-Kava*
Die Pflanze Kava-Kava wird auch Rauschpfeffer genannt. Ihr wird eine anxiolytische Wirkung bescheinigt (Sarris et al. 2013b; Singh und Singh 2002). Sie kann

ebenfalls bei nervösen Unruhe-, Anspannungs- und Angstzuständen eingesetzt werden. Zwei Meta-Analysen zeigen die Überlegenheit des Kava-Extraktes gegenüber Placebo (Pittler und Ernst 2000; 2002). Eine weitere Studie vergleicht die Wirkung von Kava-Kava mit der von Valium (Rex et al. 2002). Ebenfalls scheint das Kava-Extrakt bei Schlafstörungen zu wirken (Lehrl 2004). Holford erklärt die Wirkungsweise von Kava-Kava durch das Beinhaltens eines besonderen Harzes, welches aus Kavalaktonen und anderen Inhaltsstoffen besteht, die auf das lymphatische System (das emotionale Zentrum des Gehirns) und direkt auf das muskuläre System wirken. Dadurch kommt es auf zwei unterschiedlichen Wegen zur Entspannung, währenddessen es keine Gewöhnung, Toleranzentwicklung oder Abhängigkeit verursacht (Holford, 2004, S. 130 f.). Vor einigen Jahren kam Kava-Kava in Verruf, da es angeblich zu Leberschäden bei der Anwendung kam (Teschke 2002). Mittlerweile ist es in Deutschland unter Rezeptpflicht und strengen Sicherheitsauflagen (engmaschige Leberwertkontrollen) wieder erhältlich. Eine Langzeiteinnahme (über zwei Monate) wird nicht empfohlen und die Einnahme darf nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen (ebd.).

- *Lavendel*

Lavendelöl hilft bei generalisierter Angststörung (Kasper et al. 2010; Kasper 2013). Es ist dabei effektiver als Placebo und zeigt sogar eine (leicht) verbesserte Angstreduktion gegenüber Paroxetin (Kasper et al. 2014). Eine weitere Studie beschreibt Lavendelöl als echte Alternative zu Benzodiazepinen, da es wirkt und weder abhängig macht noch sediert (Woelk und Schläfke 2010).

Ebenfalls wurde die Wirksamkeit bei depressiven Verstimmungen, die mit Ängsten einhergehen, bestätigt (Kasper et al. 2015). Es kann als Duftstoff in der Aromatherapie oder -pflege eingesetzt oder als Kapsel eingenommen werden.

- *Melisse*

In der Phytotherapie wird Melisse häufig kombiniert mit Baldrian und Hopfen (beispielsweise als Tee) zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt. In Kombination mit Baldrian zeigt Melisse eine anxiolytische Wirkung (Kennedy et al. 2006). Melisse kann ebenfalls hilfreich in der Aromatherapie bei agitierten Menschen mit schwerer Demenz eingesetzt werden (Ballard et al. 2002). Weiterhin zeigt sich eine Abnahme der Agitiertheit sowie eine verbesserte kognitive Leistung im Gegensatz zu Placebo (Akhondzadeh et al. 2003). Ebenso wird ein positiver Einfluss auf die Stressreaktion belegt (Kennedy et al. 2004).

- *Passionsblume*

Der Wirkstoff der Passionsblume kann bei nervösen Unruhezuständen, zur Angstminderung oder bei Schlafstörungen eingesetzt werden. Es zeigen sich beispielsweise positive Effekte bei generalisierter Angststörung. In einer Studie zeigte sich der Wirkstoff der Passionsblume ebenbürtig zum Benzodiazepin Oxazepam – wenngleich die Oxazepamwirkung deutlich schneller eintrat (Akhondzadeh et al. 2001). Eine placebokontrollierte Studie zeigte die angstmindernde Wirkung der Passionsblume bei Patienten mit präoperativer Angstsymptomatik (Movafegh et al. 2008).

- *Rosmarin*

Der Duft von Rosmarin soll die Gedächtnisleistung verbessern (Moss und Oliver 2012).