

# INTEGRATIONSHEMMENDE ASPEKTE PSYCHIATRISCHER REFORMMASSNAHMEN

*Peter Lehmann*

Aus meinem antipsychiatrischen Verständnis leiten sich die von mir favorisierten Wege zur Überwindung von psychosozialen Problemen und zur Integration von Menschen ab, die als psychiatrisch behindert gelten. Deshalb möchte ich im ersten Teil meines Beitrags mein Verständnis von humanistischer Antipsychiatrie darlegen. Der Begriff der Antipsychiatrie an sich ist diffus und somit notwendigerweise umstritten.

Im zweiten Teil meines Beitrags gehe ich auf die völlig unterschiedlichen Menschenbilder von Betroffenen und Psychiatern ein. Sie machen die Welten deutlich, die zwischen diesen beiden Interessenspositionen liegen.

Der dritte Teil handelt von den Herangehensweisen der Psychiatrie, die an ihrem biologisch geprägten Menschenbild orientiert sind. Diese tragen meiner Überzeugung nach zur Überwindung von psychischen Problemen eher nicht bei. Es gibt unter Psychiatriebetroffenen – wie auch unter Psychiatern – selbstverständlich auch andere Sichtweisen. Prinzip des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP – [www.enup.org](http://www.enup.org)), in dessen Vorstand ich Mitglied bin, ist es, jede Art von Einseitigkeit der Betrachtung zurückzuweisen, ich will mich diesem Prinzip gerne unterwerfen.

Abschließen möchte ich mit dem vierten Teil meines Beitrags und der Darstellung dessen, was für die Bildung eines integrativen psychosozialen Systems nötig wäre und Baustein auf dem Weg dorthin sein könnte.

Da es in der Betroffenenbewegung Leute gibt, die sich als psychisch krank oder psychisch behindert bezeichnen, als Erfahrene, als Betroffene, aber auch als Geschädigte, gar Überlebende der Psychiatrie, werde ich angesichts der beschränkten Zeitvorgaben hier nicht auf den Behindertenbegriff eingehen können.

## Humanistische Antipsychiatrie

Antipsychiatrie wird (auch) von mir als undogmatische und humanistische Bewegung verstanden, erfüllt von Widerspruchsgeist und der grundlegenden Erkenntnis, dass 1. die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann; 2. ihre Gewaltbereitschaft und -anwendung eine Bedrohung darstellt und 3. ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen verstellt.

Gleichzeitig heißt humanistische Antipsychiatrie für mich auch Engagement für 1. den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not, 2. ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Patienten, 3. ihre Organisierung und die Zusammenarbeit mit anderen Menschenrechts- oder Selbsthilfeverbänden, 4. die Verwendung alternativer und weniger giftiger Psychopharmaka und das Verbot des Elektroschocks, 5. neue – mehr oder weniger institutionsabhängige – Formen des Lebens mit Verrücktheit und Andersartigkeit sowie 6. Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens.

Als antipsychiatrischer Verleger bedeutet das, dass in meinem Verlag sowohl biographisch orientierte Bücher erscheinen, in denen die Absurdität psychiatrischer Behandlung bezüglich realer Lebensprobleme deutlich wird, z.B. in dem Buch „Mitgift – Notizen vom Verschwinden“ von Kerstin Kempker, aber auch Bücher, die konkrete Alternativen bei der Überwindung psychosozialer Probleme aufzeigen, z.B. „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern“ (Lehmann 2002), „Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus“ (Kempker 1998) oder „Statt Psychiatrie 2“ (Lehmann/Stastny 2007).

## Menschenbilder

In der internationalen Betroffenenbewegung gibt es schon seit Jahren differenzierte Publikationen und Vorträge zum Bild des Menschen und seinen verrückten Konfliktlösungsstrategien. Es gibt natürlich

auch Stoffwechselerkrankungen und organische Veränderungen, die psychische Störungen hervorrufen, z.B. Parkinsonkrankheit oder Diabetes, aber um diese körperlich begründeten Probleme geht es hier nicht, auch nicht um medikamentenbedingte psychische Probleme. Der Däne Karl Bach Jensen, Vorstandsmitglied im Weltverband von Psychiatriebetroffenen, schrieb das Nachwort zu „Psychopharmaka absetzen“, einem Buch, das 1998 im Antipsychiatrieverlag erschien und aus dem ich zitiere. In dem Buch geht es zwar primär um praktische Erfahrungen, aber ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild reflektiert er in seinem Schlusswort auch notwendige Veränderungen im psychosozialen Bereich (siehe unten). Jetzt möchte ich sein Verständnis von Verrücktheit – Weggerücktheit von normaler Lebens- und Sinnesweise – wiedergeben. Unter Verweis auf einen norwegischen Anthropologen schrieb Karl Bach Jensen:

„Verrückt zu werden – egal ob man ‚unvernünftigerweise‘ Stimmen hört oder Visionen, Paranoia, Euphorie, Autismus, Depressionen, Angst- und Furchtzustände erlebt – ist eine Überlebensstrategie. Hinter den sogenannten psychischen Krankheiten kann man die Bereitschaft zu Überlebensmustern entdecken, die der Menschheit im Lauf der Evolution von der Natur mitgegeben wurden. (...)

Der norwegische Anthropologe und Philosoph Jens-Ivar Nergård sagt in seinem 1992 erschienenen Buch „Den vuxna barndomen – Den psykotiske personen som vägvisare i vår kultur“ („Die erwachsene Kindheit – Die psychotische Person als Wegweiser für unsere Kultur“), dass der Schmerz psychotischer Personen in der modernen Kultur aus dem inneren Erleben eben dieser Kultur herrührt. Werden diese Personen isoliert, erfährt diese Kultur immer weniger Einsicht in sich selbst. Wertvolles Wissen wird aus der Gemeinschaft verbannt. (...)

In der Geschichte jedes Individuums gibt es Gründe, warum aus dem großen Vorrat der Menschheit gerade diese oder jene Form des psychosozialen Überlebens zum Durchbruch kommt. Bringen diese Muster ein Verhalten mit sich, das in Konflikt mit dem sozialen Zusammenhang steht, in welchem erwartet wird, dass man nur innerhalb seiner Grenzen funktioniert, dann verwandeln sie sich in sichtbare Probleme, in eine psychosoziale Not, die als Symptom einer psychischen Krankheit interpretiert werden kann. Dann wird man

leider sehr leicht zum Objekt der psychiatrischen Theorie und Praxis, ob man dies will oder nicht.

Akzeptiert man die psychiatrische Herangehensweise, verwandeln sich die persönlichen Überlebensstrategien plötzlich in etwas Feindliches, in ‚schlechte‘ Teile der eigenen Person, die behandelt oder von denen man unbedingt geheilt und befreit werden sollte. Aber eine derart fundamental falsch begründete ‚Heilung‘ zwingt die eigenen Überlebensmuster oft erst recht noch stärker hervor. Statt eine Hilfe zum Verlassen des eigenen psychischen Exils zu bekommen, wird man noch tiefer hineingetrieben oder muss sogar nach noch größeren Rückzugsmöglichkeiten suchen. Ich weiß, dass das nur ein Teil der Geschichte ist. Manche Menschen sind der Meinung, dass die Psychiatrie für sie eine große Hilfe ist. Die anderen aber – direkt oder indirekt – in ein System hineinzuzwingen, das offensichtlich ihre Probleme eher noch verschlimmert: Das ist unfair, egal wie man’s dreht und wendet.“ (Bach Jensen 2002, S. 329 – 333)

Trotz des Anscheins einer multifaktoriellen „bio-psycho-sozialen“ Sichtweise ist das Menschenbild der modernen Psychiatrie primär ein biologisches. Die Hirnforschung, so der kritische Schweizer Arzt Marc Rufer, ist dabei, sich zur neuen Gesellschaftslehre aufzuschwingen. Der Neurobiologe Antonio Damasio beispielsweise ist überzeugt, dass wir bald wissen werden,

„... wie wir Glück, Trauer, Lust und Schmerz erfahren, und selbst die Mechanismen des Bewusstseins werden uns keine Rätsel mehr aufgeben.“ (zitiert nach Kraft 2004, S. 21)

Die einfachsten Worte fand die Schweizer Psychiaterin Brigitte Woggon, als sie – zweifelsohne ernst gemeint – erklärte:

„Alles, was wir fühlen, ist eben Chemie: seelenvoll in den Sonnenuntergang blicken, Liebe, Anziehung, was auch immer – alles sind biochemische Vorgänge, wir haben ein Labor im Kopf.“ (zitiert nach „Alles“ 2000, S. 54)

Rufer kritisiert:

„Kaum jemand, der nicht davon gehört hat, dass die Balance der Neurotransmitter bestimmt, wie es uns geht, ob wir gesund sind oder ‚psychisch krank‘. Dass es sich dabei um eine unbewiesene Hypothese handelt, wird nicht wahrgenommen. So ist das ‚Wissen‘, dass

psychische Probleme, ja sogar leichte Beeinträchtigungen der psychischen Befindlichkeit mit Psychopharmaka behandelt werden müssen, Allgemeingut geworden.“ (Rufer 2007)

Für die moderne Psychiatrie sind gesellschaftliche Ursachen psychischer Störungen noch bedeutungsloser geworden als je zuvor – mit einer Ausnahme, die der Sozialpsychiater Asmus Finzen benennt:

„Der soziale Hintergrund der Kranken wirkt sich auf die Kooperationswilligkeit und -fähigkeit aus, auf die Frage, ob sie die Medikamente regelmäßig einnehmen.“ (Finzen 1998, S. 62)

## Biologistische Herangehensweisen

In Zentrum der biologischen Behandlungsmethoden stehen psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks. In den letzten Jahrzehnten wurde überall die Psychiatrie reformiert, speziell die Gemeindepsychiatrie entwickelt. Nicht nur in Deutschland wurden viele große alte Anstalten durch kleine neue ersetzt. Insassen wurden in Heime oder andere gemeindenahe Einrichtungen umgesetzt. Gemeindenahe Außenstellen in Anlehnung an die Psychiatrische Außenfürsorge vor 1945 hatte schon 1961 der deutsche Psychiater Harald Neumann herbeigesehnt und betont,

„... daß in Zukunft wahrscheinlich die Hauptaufgabe jeder nachgehenden Fürsorge der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sein wird, die Dauermedikation entlassener Schizophrener zu überwachen, um möglichst viele Kranke draußen halten zu können.“ (Neumann 1961, S. 328f.)

Diese Dauerverabreichung findet statt in Tages- und Nachtkliniken, therapeutischen Wohngemeinschaften, Beratungsstellen, Patientenclubs und Heimen. Dabei spielen Depot-Neuroleptika heutzutage eine zentrale Rolle. Laut Otfried Linde aus der Pfalz-Klinik Landeck

„... ist eine verlässliche depotneuroleptische Behandlung die *conditio sine qua non* (*unerlässliche Voraussetzung*) für eine extramurale (*außerhalb der Anstaltsmauern vollzogene*) Therapie.“ (Linde 1976, S. 21)

Gerade hier in Wien möchte ich stellvertretend für seine Kollegenschaft den Psychiater Raoul Schindler erwähnen. Im *Nervenarzt* hatte er über seine mehrjährige Verlaufsstudie an über 500

Menschen mit der Diagnose ‚Schizophrenie‘ berichtet, die auf Depot-Präparate umgestellt worden waren. 30 Jahre ist es nun schon her, dass er stolz über die Erfolge seiner Beratungsstellen des Referats Psychohygiene berichten konnte:

„Mit Depot-Neuroleptika läßt sich die Medikationsverlässlichkeit auf nahezu 100% steigern ...“ (Schindler 1976, S. 350)

Daran hat sich bis heute nichts geändert. Die unbefristete Neuroleptika-Verabreichung ist das strategische Ziel von normalen Psychiatern aller Länder. Dies versicherten sie sich gegenseitig unter anderem 1989 auf der internationalen „Consensus-Konferenz über Richtlinien zur neuroleptischen Rezidivprophylaxe (*Rückfallverhütung*)“.

Angehörigenarbeit (ein korrekterer Begriff wäre „Angehörigenbe-  
arbeitung“) und Psychoedukation, die Verankerung des psychiatrischen Krankheitsbilds und der Überzeugung, mit Psychopharmaka könnten psychische Probleme aus der Welt geschaffen werden, sind weitere Facetten der biologischen Psychiatrie. Ein Beispiel stellt das „Internationale Gruppenforum der Unterstützung von Patienten“ dar, das 1995 im Luxushotel „Imperial“ in Wien stattfand, bezahlt vom Pharmaunternehmen Zeneca. Ziel der Veranstaltung, an der ich auch teilnahm, war das (erfolgreiche) Angebot, die Angehörigenverbände verschiedener europäischer Länder, darunter auch in Österreich, logistisch (und vor allem finanziell) darin zu unterstützen, sich verstärkt zu organisieren und ihren Druck auf Regierungen zu bündeln, damit diese noch mehr Gelder für genetische Forschung und biologische Psychiatrie bereitstellen (Lehmann 1996c).

Ein Wort zur Wirkungsweise psychiatrischer Psychopharmaka. Diese, heutzutage *die* psychiatrische Behandlungsmethode, wirken primär über den Körper (weshalb sie ursprünglich Neuropsychopharmaka oder Neuroplegika [= Nervenlähmungsmittel] genannt wurden). Wolfgang Thiele schrieb schon 1969 in einem Artikel in der *Therapiewoche*:

„Wir wissen, daß die Psychopharmaka nicht auf die Psychosen als solche wirken, sondern *cerebrale* Strukturen angreifen ...“ (Thiele 1969, S. 1076)

Dies gilt für Antidepressiva und für Neuroleptika, und selbstverständlich auch heute noch, die Wirkungsweise dieser Substanzen hat

sich ebenso wenig geändert wie der Aufbau unseres zentralen Nervensystems. Insbesondere Neuroleptika verwandeln laut Klaus Dörner, einem in Deutschland bekannten Psychiater,

„... die psychiatrischen Patienten (...) gleichsam in neurologische Patienten, mit dem Aussehen und der Behinderung von Parkinson-Kranken.“ (Dörner/Plog 1980, S. 367)

In einer neueren Ausgabe desselben Buches schrieb er:

„Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmako-Therapie.“ (dies. 1992, S. 545)

Was die zentralnervösen und psychischen Wirkungen von Neuroleptika betrifft, sprechen Psychiater auch von der *vita minima*, das heißt verlangsamtem Leben, oder einem winterschlafgleichen Zustand des Organismus. Andere Begriffe in der psychiatrischen Literatur sind „seelische Abstumpfung“ und „emotionale Panzerung“. Wenn Psychiater in Arbeitsgruppen ganz unter sich sind, werden sie noch deutlicher, so zum Beispiel der bekannte deutsche Psychiater Gerd Huber, als er von „Haldoperidol-Leichen“ sprach (Huber 1983).

Natürlich haben Neuroleptika auch eine Vielzahl unerwünschter Auswirkungen auf die inneren Organe, den Stoffwechsel und den Muskelapparat. Sie sind gut dokumentiert und leicht verständlich nachzulesen zum Beispiel in meinem Buch „Schöne neue Psychiatrie“, Band 2: „Wie Psychopharmaka den Körper verändern“ (Lehmann 1996b).

Mittlerweile gibt es die zweite und dritte Generation von Neuroleptika. Die so genannten atypischen Neuroleptika sind in aller Munde. Gemeint sind clozapinartige Neuroleptika, bei denen nicht mehr die motorischen Wirkungen im Vordergrund stehen. Clozapin, Markenname Leronex, ist der Prototyp dieser Substanzen, die subjektiv besser verträglich erscheinen, da sie weniger Muskelstörungen produzieren.

„Atypische“ Neuroleptika stehen allerdings generell unter Verdacht, Herz-Kreislauf-Störungen, Blutbildschäden, Neuroleptische Maligne Syndrome sowie Leber- und Bauchspeicheldrüsenstörungen zu produzieren. Zu nennen sind auch das neuroleptikabedingte Defizit-

Syndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), erhöhte Apoptose (Sichabstoßen von Zellen aus dem Gewebe, d.h. Zelltod) und erhöhte Sterblichkeit vor allem bei Verabreichung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten. Am 10. Juni 2005 gab es in *USA today* unter Verweis auf eine Meldung der US-amerikanischen Zyprexa-Herstellerfirma Eli Lilly eine markante Nachricht. Danach stellte Eli Lilly sechshundertneunzig Millionen US-Dollar zur Verfügung, um Personen finanziell abzugelten, die Klagen auf Schmerzensgeld eingereicht hatten. Sie waren an Diabetes erkrankt und hatten geklagt, weil Eli Lilly im Zyprexa-Beipackzettel nicht deutlich genug auf das durchaus nicht unbekannt Risiko aufmerksam gemacht habe („Lilly“ 2005).

Gerhard Ebner ist Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Mitglied des Advisory Board bei Janssen Cilag zur Einführung des Risperdal Consta, des ersten atypischen Depotneuroleptikums. 2003 schrieb Ebner zum Thema „Risiken und Schäden so genannter atypischer Neuroleptika“:

„Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapiramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.“ (Ebner 2003, S. 30)

Weitere Informationen über die Schäden, die durch die neuen, angeblich nebenwirkungsarmen so genannten atypischen Neuroleptika hervorgerufen werden, stehen im Internet unter [www.peter-lehmann.de/atypische](http://www.peter-lehmann.de/atypische).

Ein anderes düsteres Kapitel sind die Depressionen auslösenden und suizidalen Auswirkungen von Neuroleptika. Diese Wirkungen treten laut psychiatrischer Literatur bei ca. zwei Dritteln aller Neuroleptika-Anwendungen auf, auch bei atypischen Neuroleptika. Quellen und Zahlen sind in dem Buch „Schöne neue Psychiatrie“, Band 1: „Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken“ (Lehmann 1996a, S. 57–87) oder im Internet unter [www.peter-lehmann.de/depression](http://www.peter-lehmann.de/depression) zu finden.



Auch gegenüber modernen Antidepressiva ist kritische Distanz angebracht. Seit der Einführung der klassischen Antidepressiva haben Psychiater eine Tendenz zur Chronifizierung von Depressionen festgestellt (Irle 1974, S. 124f.). Dies wird sich durch die Downregulation der Serotonin- und Noradrenalinrezeptoren sicher nicht prinzipiell ändern. Mit Downregulation bezeichnet man die Degeneration der Rezeptoren als Reaktion auf den künstlich erhöhten Transmittergehalt in den Nervenzentren. In Bezug auf die so genannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer warnte Rufer:

„Auf die Dauer kommt es demnach zu einer verminderten Serotoninwirkung. Wenn die Serotoninmangel-Hypothese der Depression richtig wäre, müßten die SSRI schwerste Depressionen bewirken.“ (Rufer 1995, S. 144)

Kein Wunder also, dass Psychiater trotz aller Kenntnisse über die Hirnschäden durch Elektroschocks (siehe z.B. Frank 2002) auf Empfehlungen von Kliniken verweisen, Antidepressiva mit Elektroschocks zu kombinieren oder Letztere als „Erhaltungs-EKT“ einmal pro Woche über längere Zeit zu verabreichen (siehe z.B. Greve et al. 2006, S. 41). Der moderne E-Schock sei hinsichtlich der Ansprechrate den Antidepressiva überlegen, zudem er in seiner zeitgemäß entwickelten Form „nur“ noch so stark sei, dass er gerade mal ausreiche, einen epileptischen Anfall auszulösen (ebd., S. 40). An sich werden epileptische Anfälle wegen der Gehirnschäden, die sie mit sich bringen, in der Neurologie unbedingt vermieden; in der Psychiatrie ist leider das Gegenteil der Fall, die vorsätzliche Schädigung des Gehirns gilt vielen Psychiatern als therapeutisch wertvoll.

Weltweit organisiert man mittlerweile die vorbeugende Behandlung auffälliger und unangepasster Menschen, möglichst schon vom Kindesalter an. In Deutschland und einigen Nachbarstaaten ist das „Kompetenznetz Schizophrenie“ aktiv. Teile des Netzes sind die World Psychiatric Association, alle möglichen psychiatrischen Einrichtungen, Regierungsbehörden, Pharmafirmen und Angehörigenverbände. Gemeinsam sucht man bei verhaltensauffälligen Kindern nach Biomarkern, die auf die Möglichkeit späterer Psychosen hinweisen sollen. Ziel ist es, auffallenden Kindern schon frühzeitig vorbeugend Neuroleptika zu verabreichen, insbesondere angeblich

„nebenwirkungsärmere atypische Neuroleptika“ (Kompetenznetz 2000, S. 13). Laut einer Presse-Information des Kompetenznetzes vom 10. November 2006 ist es

„... unverzichtbar, alles Erdenkliche zu unternehmen, um Betroffene möglichst früh einer adäquaten Therapie zuzuführen ...“

Um ihre Psychiatrie zu perfektionieren, entwickeln Psychiater immer neue Verabreichungsformen. Derzeit erprobt man die Einpflanzung von Haldoldepots in die Muskulatur mit einjähriger Substanzabgabe (Siegel et al. 2002).

Da es vorkommen soll, dass sich Betroffene weigern, unerwünschte Besucher mit ebenso unerwünschten Psychopharmaka in ihre Wohnungen eintreten zu lassen, und Richter nicht immer automatisch Zwangsunterbringungen verfügen, reformiert man in vielen Ländern das Psychiatrierecht, speziell das psychiatrische Recht auf ambulante Zwangsbehandlung. Im Europarat wurde 2005 eine von Psychiatern entworfene Ethik-Konvention verabschiedet, die neben Zwangsunterbringung ohne richterlichen Beschluss und gewaltsamer Verabreichung von Elektroschocks auch ambulante Zwangsbehandlung für ethisch erklärt und somit den Boden für Gesetzesreformen ebnet (siehe [www.enusp.org/wp](http://www.enusp.org/wp)). In vielen Ländern sind die Gesetze bereits reformiert. Die Richtung der biologischen Psychiatrie ist eindeutig.

### Integratives psychosoziales System / Bausteine auf dem Weg dorthin

Ich komme zurück auf den oben erwähnten Karl Bach Jensen. Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild und der Annahme, dass Menschenrechte unteilbar sind und auch für Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die als behindert gelten, gedacht sein sollten, fordert er wirksame Hilfen und die Umgestaltung des psychosozialen Systems. Er schreibt, und ich stimme ihm auch hier vollkommen zu:

„Einen integrierten Teil eines zukünftigen, ökologisch und humanistisch ausgerichteten Gesellschaftssystems stellt der Verzicht auf toxische synthetische Stoffe in der Natur, im Wohnbereich, in der Ernährung und in der Medizin dar. Der Verzicht auf den Einsatz che-

mischer Gifte im psychosozialen Bereich könnte unter folgenden Gesichtspunkten entwickelt werden:

In der Öffentlichkeit, bei Professionellen wie bei Betroffenen ist ein Bewusstsein über das inhumane, gefährliche und schädliche Kosten-Nutzen-Verhältnis chronischer Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka zu schaffen.

Internationale Empfehlungen und nationale Gesetze, die psychiatrische Zwangsbehandlung und speziell juristisch verfügte Auflagen zur Dauereinnahme im ambulanten Bereich ermöglichen, müssen bekämpft und verhindert werden.

Es ist wichtig, Wissen über Entzugsprobleme und darüber, wie diese gelöst werden können, zu sammeln und zu verbreiten.

Spezielle Hilfsprogramme und Einrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen müssen entwickelt werden.

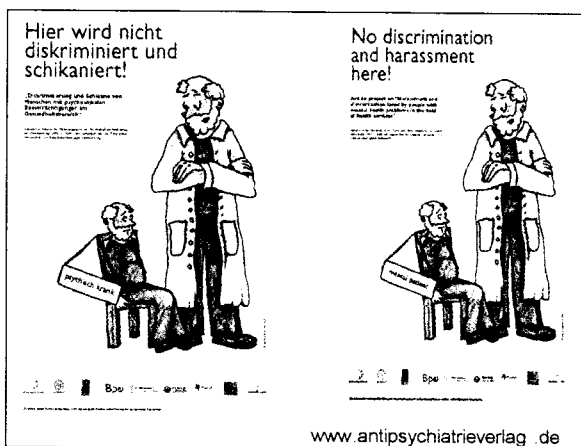
Die Aufklärung über schädliche Wirkungen und Abhängigkeitsrisiken ist bereits vor der Erstverabreichung psychiatrischer Psychopharmaka sicherzustellen.

Die Verursacher psychopharmakabedingter Schmerzen, Leiden und Behinderungen sind zur Zahlung von Schmerzensgeld zu verpflichten.

Es müssen Methoden, Systeme, Dienste und Institutionen einer kurz-, mittel- und langfristigen Hilfe und Unterstützung entwickelt werden, die in keiner Weise auf der Verabreichung von synthetischen Psychopharmaka aufbauen.“ (Bach Jensen 2002, S. 334–336)

Ein Schritt in diese Richtung sind die Empfehlungen, die sich aus der so genannten Harassment-Studie ergaben. Diese europäische Studie über „Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen“ fand von 2001 bis 2005 im Auftrag der Europäischen Kommission statt. Beteiligt waren Verbände von Psychiatriebetroffenen, von Psychiatrie- und Angehörigenverbänden aus fünf Ländern, darunter Österreich (vertreten durch Promente Salzburg), ein belgisches Forschungsinstitut sowie ENUSP. Ergebnis der Studie war der Nachweis, dass Psychiatriebetroffene im medizinischen Bereich und in der Psychiatrie systematisch diskriminiert werden. Damit – so das Hauptanliegen – Psychiatriebetroffene den ihnen zustehenden Status als Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten

wahrnehmen können, sollen ihre Organisationen wirksam an Entscheidungsprozessen auf allen Ebenen beteiligt werden (siehe [www.bpe-online.de/schikane.htm](http://www.bpe-online.de/schikane.htm), [www.enusp.org/harassment](http://www.enusp.org/harassment)).



Gemeinsam wurde ein Antidiskriminierungsposter entworfen, das – so war es zumindest geplant – in allen psychosozialen Einrichtungen und Psychiatriepraxen aufgehängt werden sollte, außerdem eine Reihe Forderungen an Politik, Verwaltung und Psychiatrie entwickelt:

1. die Unterstützung der Organisierung von Psychiatriebetroffenen und ihrer – auch – internationalen Kommunikation
2. möglichst kostenfreie Trainingsangebote für Psychiatriebetroffene zum Selbstschutz gegen Diskriminierung
3. die Unterstützung von Initiativen im Peer-Coaching (Ausbildung zum Peer Support – „Gleiche helfen Gleichen“), von regionalen Selbsthilfezentren und Treffpunkten
4. die Einbeziehung der Erfahrung und Sichtweisen von Psychiatriebetroffenen in alle Stufen der Ausbildung im psychosozialen Bereich und bei Einstellungsverfahren
5. Gleichstellungsgesetze mit Ausrichtung auf den Schutz der Menschenwürde, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Schutz der Privatsphäre
6. Finanziell vernünftig ausgestattete unabhängige Beschwerdestellen mit Sanktionsmöglichkeiten

7. die Mitarbeit von Psychiatriebetroffenen in Kriseneinrichtungen, Beratungsstellen, Forschungsprojekten, bei der Öffentlichkeitsarbeit und auf Kongressen.

Die Faktoren für die Hemmung der Integration von Psychiatriebetroffenen oder Menschen mit psychischen Behinderungen sollten klar geworden sein: Es sind das biologische Menschenbild der Psychiatrie, die Zuständigkeit der Medizin für gesellschaftliche Probleme, Macht- und Kapitalinteressen, die Nichtbeteiligung von Psychiatriebetroffenen an psychiatriepolitischen Entscheidungen. Statt psychotherapeutischer Hilfen und Stärkung von Selbsthilfepotentialen erhalten die Betroffenen vor allem Psychopharmaka.

Nur durch eine offene Darstellung der unterschiedlichen Interessen und der dargestellten Konflikte lässt sich der Weg in die gewünschte Richtung finden. Ideologie, Einseitigkeit oder bloß subjektives Ausgehen von der eigenen Situation als psychiatrisch Tätiger führen nicht weiter. Ohne wirksame Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen und ihren – von Pharmasponsoring unabhängigen – Organisationen in psychiatriepolitische Entscheidungen auf allen Ebenen wird es keine echte Reform in Richtung Integration, Teilhabe, Chancengleichheit und Gleichberechtigung geben.

## Quellen

„Alles, was wir fühlen, ist Chemie. Glück, seelisches Leiden und Psychopillen: Die Pharmakotherapeutin Brigitte Woggon debattiert mit der Psychoanalytikerin Brigitte Bothe“, in: Weltwoche, 8. Juni 2000, S. 53–54

Bach Jensen, Karl: „Entgiftung – im Großen wie im Kleinen. Für eine Kultur des Respekts“, in: Peter Lehmann (Hg.): „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern“, Berlin, 2. überarbeitete und aktualisierte Aufl. 2002, S. 329–336

Dörner, Klaus/Plog, Ursula: „Irren ist menschlich“, 7. Aufl., Bonn 1992

Dörner, Klaus/Plog, Ursula: „Irren ist menschlich“, Rehburg-Loccum 1980

Ebner, Gerhard: „Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress“, in: Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe 2003, Nr. 1, S. 29–32

Eli Lilly and Company, Lilly Corporate Center Indianapolis: „Lilly and Plaintiffs' Attorneys Enter Into an Agreement in Principle to Settle Majority of Zyprexa® Product Liability Litigation“, Pressemeldung vom 9. Juni 2005, im Internet unter <http://newsroom.lilly.com/ReleaseDetail.cfm?ReleaseID=165704> – Zugriff am 12.6.2005

Finzen, Asmus: „Das Pinelsche Pendel“, Bonn 1998

Frank, Leonard R.: »Elektroschock«, in: Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, Berlin 1996, S. 287–319

Greve, Nils/Osterfeld, Margret/Diekmann, Barbara: „Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patienten-Ratgeber“, Bonn 2006

Huber, Gerd: Diskussionsbeitrag, in: Hanns Hippus/Helmfried E. Klein (Hg.): „Therapie mit Neuroleptika“, Erlangen 1983, S. 203

Irlé, Gerhard: „Depressionen“, Stuttgart 1974

Kempker, Kerstin: „Mitgift – Notizen vom Verschwinden“, Berlin 2000

Kempker, Kerstin (Hg.): „Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus“, Berlin 1998

Kompetenznetz Schizophrenie: „Ein Netz für den Menschen“, Broschüre, Düsseldorf 2000

Kraft, Ulrich: „Schöne neue Neuro-Welt“, in: Gehirn & Geist, 2004, Nr. 6, S. 20–29

Lehmann, Peter (Hg.): „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern“, Berlin, 2. überarbeitete und aktualisierte Aufl. 2002

Lehmann, Peter: „Schöne neue Psychiatrie“, Band 1: „Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken“, Berlin 1996 [a]

Lehmann, Peter: „Schöne neue Psychiatrie“, Band 2: „Wie Psychopharmaka den Körper verändern“, Berlin 1996 [b]

Lehmann, Peter: „Ein Quatrolog der besonderen Art. Psychiatriebetroffene, Eltern, Psychiater und Industrie in Wien im Gespräch“, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BRD), 1996 [c], Nr. 3, S. 13

Lehmann, Peter/Stastny, Peter (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin 2007 (in Vorbereitung)

„Lilly to pay nearly \$700M to settle Zyprexa claims“, in: USA Today vom 6. Juni 2005; siehe auch unter [www.usatoday.com/money/industries/health/drugs/2005-06-10-lilly-zyprexa\\_x.htm](http://www.usatoday.com/money/industries/health/drugs/2005-06-10-lilly-zyprexa_x.htm) – Zugriff am 17.3.2007

Linde, Otfried K.: „Zum Stand der Psychopharmakologie“, Sonderdruck in: Pharmazeutische Zeitung, Band 121 (1976), Nr. 43, S. 1695–1704

Neumann, Harald: „Bemerkungen eines Krankenhauspsychiaters zur Dauermedikation schizophrener Kranker“, in: Medicina experimentalis, Band 5 (1961), S. 328–334

Rufer, Marc: „Glückspillen – Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka“, München 1995

Rufer, Marc: „Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht“, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin 2007 (in Vorbereitung)

- Schindler, Raoul: „Rezidivverhütung im Zeitalter von Depotneuroleptika und sozialer Psychiatrie“, in: *Nervenarzt*, 47. Jg. (1976), Nr. 5, S. 347–350
- Siegel, Steven J./ Winey, Karen I./Gur, Raquel E./Lenox, Robert H./Bilker, Warren B./Ikeda, Debbie/Gandhi, Neel/Zhang, Wen-Xiao: „Surgically implantable long-term antipsychotic delivery systems for the treatment of schizophrenia“, in: *Neuropsychopharmacology*, Vol. 26 (2002), S. 817–823; siehe auch im Internet unter [www.acnp.org/citations/Npp112801212/](http://www.acnp.org/citations/Npp112801212/) – Zugriff am 13.9.2006
- Thiele, Wolfgang: „Über die Anwendung von Psychopharmaka außerhalb der Psychiatrie“, in: *Therapiewoche*, 19. Jg. (1969), Nr. 23, S. 1076–1082
- Copyright 2007 by Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten

Verein LOK –Leben ohne Krankenhaus (Hg.)

# VOM SCHÖNEN SCHEIN DER INTEGRATION

*Menschen mit Behinderung  
am Rand der Leistungsgesellschaft*

Tagungsband

ISBN 978 3 902416 860 1

© Verlag publication PN°1 Bibliothek der Provinz  
A-3970 WEITRA 02856/3794  
[www.bibliothekderprovinz.at](http://www.bibliothekderprovinz.at)

*printed in Austria by* Janetschek, A-3860 Heidenreichstein

Mit Beiträgen von

Anita Bauer, Sue Bott, Dorothea Brozek, Theresia Haidlmayr,  
Bosse Hed, Norbert Herriger, Franz-Joseph Huainigg,  
Maths Jespersen, Andreas Jesse, Delphine Klein und Tina Worm,  
Birgit Klemm, Patrick Larson, Peter Lehmann, Kai Leichsenring,  
Judit Marte-Huainigg, Wolfgang Mizelli, Frans Oostrik,  
Susanne Peter, Adolf Ratzka, Erwin Riess, Karin Rossi,  
Stephan Rudas, Martin Schenk, Volker Schönwiese,  
Günther Schuster, Emmerich Talos, Martin Telser,  
Oliver Tolmein, Monika Vyslouzil, Peter Wehrli, Doris Winkler,  
Thomas Wögerer, Margit Wrobel