

Internationale Noncompliance und humanistische Antipsychiatrie

von Peter Lehmann

Rede anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde am 28. September 2010
durch die Psychologische Abteilung der Aristoteles-Universität Thessaloniki (Griechenland),
Philosophische Fakultät

Der Begriff „humanistische Antipsychiatrie“ wird oft missverstanden, da „Antipsychiatrie“ in vielen Ländern mit ihren kulturellen Eigenheiten willkürlich unterschiedlich benutzt wird. Die moderne, nutzergetragene humanistische Antipsychiatrie ist eine undogmatische Bewegung. Die Vorsilbe anti aus dem Griechischen bedeutet mehr als einfach nur „gegen“. Sie bedeutet auch „alternativ“, „gegenüber“ oder „unabhängig“. Humanistische Antipsychiatrie ist von Widerspruchsgeist und der grundlegenden Erkenntnis erfüllt,

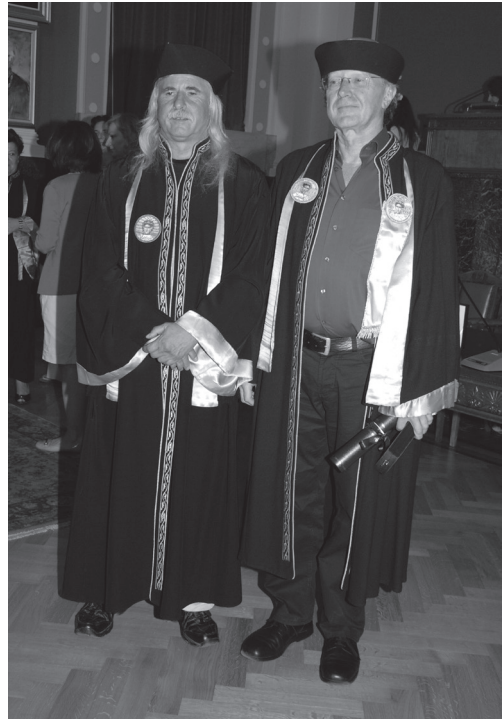
- ▶ dass die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann,
- ▶ dass ihre Gewaltbereitschaft und -anwendung eine Bedrohung darstellt und
- ▶ dass ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen verstellt.

Deshalb bedeutet humanistische Antipsychiatrie, sich zu engagieren

- ▶ für den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not,
- ▶ für ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Kranken,
- ▶ für ihre Organisierung und die Zusammenarbeit mit anderen Menschenrechts- oder Selbsthilfegruppen,
- ▶ für die Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka und die Verwendung alternativer psychotroper, das heißt die Psyche beeinflussender, und weniger giftiger Substanzen,
- ▶ für das Verbot des Elektroschocks,
- ▶ für neue Formen des Lebens mit Verrücktheit und Andersartigkeit sowie
- ▶ für Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens.

Psychiatrische Bedrohung als gesamtgesellschaftliches Problem

Das Problem fehlender Unterstützung in psychischer Not betrifft keine Minderheit, sondern die breite Masse der Gesellschaft: die Betroffenen selbst, die Angehörigen, Kinder, Alte und sozial Ausgegrenzte aller Art. Der Schutz vor psychiatrischer Gewalt hätte einen gesamtgesellschaftlich entängstigenden Faktor. Das Eindämmen der Flut von Psychopharmaka-Verordnungen mit ihrer Produktion sogenannter therapeutischer Zweitkrankheiten und den daraus folgenden körperlichen, psychischen und sozialen Behinderungen hätte neben der gesundheitlichen auch eine maßgebliche kostendämpfende Wirkung.



Peter Lehmann mit Kostas Bairaktaris

Das Verständnis des aus dem inneren Erleben unserer Kultur herrührenden Schmerzes psychotischer oder depressiver Menschen würde allgemein zu mehr Einsicht in sich selbst führen und Isolation und Entfremdung vorbeugen.

Moderne Neuroleptika – eine Verbesserung?

In der Mainstream-Wissenschaft gelten psychiatrische Psychopharmaka, speziell Neuroleptika, als hilfreiche antipsychotische Medikamente, die Menschen therapiefähig machen, sogenannte Psychosen lindern, vorbeugen oder heilen und die Lebensqualität verbessern, so dass die Betroffenen wieder in die Gesellschaft integriert werden können und arbeitsfähig werden. Wenn sich Psychiater unbeobachtet fühlen, benutzen sie andere Worte, sie sprechen von seelischer Einmauerung, emotionaler Panzerung. Haloperidol-Leichen, vom Zombie-Syndrom und vom Syndrom der gebrochenen Feder.

Immer neue Psychopharmaka sollen immer weniger sogenannte Nebenwirkungen entfalten und immer bekömmlicher werden, wird uns von Psychiatern erzählt, man liest es auch in den Werbeanzeigen der Pharmafirmen. Gerhard Ebner, Mitglied des Advisory Board bei Janssen-Cilag zur Einführung des Risperdal Consta und gleichzeitig Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte, sprach 2003 in einem psychiatrischen Fachblatt eine andere Sprache, als er den wesentlichsten Unterschied zwischen typischen und atypischen Neuroleptika betonte, nämlich die verbesserte Compliance, das heißt Bereitschaft der Patienten zur Unterordnung unter das psychiatrische Behandlungsregime, die die neuen Neuroleptika auszeichnet:

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 Frühdiskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten. (Ebner, 2003, S. 30)

Studien und Publikationen weisen nach, dass eine wirksame Aufklärung über Behandlungsrisiken in der Psychiatrie nicht stattfindet. Dass den Behandelten Informationen und Hilfen beim Absetzen



Mit Ioannis A. Mylopoulos (links), dem Gutachter Kostas Bairaktaris, Prof. für Klinische Psychologie (2. von links), und Prof. Dr. Grigoris Kiioseoglou (3. von links)

verweigert werden (Lahti, 2008). Und Menschenrechte strukturell missachtet werden. Und Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Gesundheitssystem massiv diskriminiert werden. Und kaum Hilfe zur Lösung der Probleme angeboten wird, die zur Psychiatrisierung geführt haben. Und Behandlungen zu Traumatisierungen mit teilweise jahrelangen Psychiatrieaufenthalten führen. Dies alles ohne jegliche Konsequenzen für Psychiater, die noch vor Jahren ohne rechtwirksame Einwilligung selbst Jugendliche mit Elektro- und Insulinschocks sowie Psychopharmaka aller Art malträtierten und trotzdem hochgeschätzte Mitglieder ihrer Zunft sind wie beispielsweise der deutsche Psychiater Henrik Uwe Peters als Ehrenmitglied im Psychiatrischen Weltverband (Lehmann, 2010). Dass Psychopharmaka – wie auch andere persönlichkeitsverändernde Substanzen wie Haschisch oder Alkohol – emotionale Probleme eine Zeitlang neutralisieren können, verstärkt die Misere mittel- und langfristig.

Wie wichtig eine sachliche Information für Betroffene wäre, um eine eigenständige Nutzen-Risiko-Entscheidung zu treffen, ob sie Psychopharmaka einnehmen wollen oder nicht, zeigen derzeit die bekannt gewordenen Hauptrisiken zu den modernen, sogenannten atypischen Neuroleptika. Remoxiprid (Handelsname: Roxiam) beispielsweise war 1991 als „Rose ohne Dornen“ angekündigt worden, als gut verträgliches Medikament ohne Nebenwirkungen

gen. Drei Jahre später wurde es von der Herstellerfirma wieder vom Markt genommen: wegen einer Reihe von lebensgefährlichen Fällen aplastischer Anämie – Blutarmut mit Verminderung der roten und weißen Blutkörperchen, beruhend auf einem Defekt im blutbildenden System; verfügbar ist es dennoch immer noch. Ein anderes Beispiel für Verträglichkeitsprobleme bei *atypischen* Neuroleptika ist Sertindol (Handelsname: Serdolect), das lange als nebenwirkungsarm galt. Im November 1998 fand sich im Internet in medizinischen Datenbanken noch der Begriff „nebenwirkungsfrei“. Anfang Dezember 1998 meldete die Schweizer *Ärzte Zeitung*: „Vertrieb von Serdolect gestoppt – Anlass sind schwere kardiale (*das Herz betreffende*) Nebenwirkungen und Todesfälle“. Diese Todesfälle sind natürlich längst begraben – im Gegensatz zu Serdolect.

Ständig werden neue *atypische* Neuroleptika auf den Pharmamarkt gebracht, zuletzt Asenapin (Handelsname: Saphris); sie sind allesamt hochriskant. Als weitere besondere Risiken dieser Substanzen sind zu nennen das neuroleptikabedingte Defizit-Syndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), Diabetes, 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. Aber auch *atypische* Rezeptorenveränderungen, die zu tardiven Psychosen führen können, sollten ins Kalkül gezogen werden. Tardive Psychosen sind psychische Störungen, die im Lauf der Verabreichung von Neuroleptika, beim Absetzen oder danach auftreten können – behandlungsbedingt, auch und besonders bei atypischen Neuroleptika. Tardive Psychosen, die Ungerstedt und Ljungberg, Mitarbeiter der Histologischen Abteilung des Karolinska Instituts in Stockholm, als besonderes Risiko von Clozapin (Handelsname: Laponex), dem Prototyp *atypischer* Neuroleptika, nachwiesen, geht – wie ihr Gegenstück tardive Dyskinesie – zurück auf behandlungsbedingte Veränderungen des Rezeptorensystems. Als Ursache vermutet man Veränderungen von Dopamin-D₁- und D₄-Rezeptoren, speziellen Dopaminrezeptoren-Subtypen. Durch die herkömmlichen Neuroleptika werden speziell Dopamin-D₂-Rezeptoren beeinträchtigt, was als mittel- und langfristiges Risiko eher eine tardive Dyskinesie bewirkt. Ungerstedt und Ljungberg warnten bereits 1977:

Unsere Verhaltensdaten zeigen, dass diese „Besonderheit“ des Clozapin auf seine vergleichsweise stärkere Hemmung von limbischen Dopaminrezeptoren



Dr. h.c. Peter Lehmann

zurückzuführen ist. Diese Rezeptoren können somit am ehesten etwas mit der Entwicklung der Supersensitivität nach chronischer Clozapinbehandlung zu tun haben ... (Ungerstedt & Ljungberg, 1977, S. 199)

Moderne Psychiatrie – eine bessere Psychiatrie?

Die Psychiatrie der Zukunft zeichnet sich noch düsterer am Horizont ab: Psychiater und Pharmakologen denken an die Entwicklung neuer Verabreichungsformen von Psychopharmaka, zum Beispiel Depots, die man in die Gebärmutter oder in den After einführen kann. Bei Versuchsratten kann man bereits Haldol-Depots mit einjähriger Substanzabgabe in die Rückenmuskulatur einpflanzen. Menschen mit der Diagnose „Zwangserkrankung“ können sich zur Regelung ihres Gemütszustands Chips ins Gehirn operieren lassen. Die allerneueste Entwicklung kommt aus England: Das South London and Maudsley Hospital experimentiert mit GPS-Sendern in Fußfesseln, die psychiatrischen Patienten

und Patientinnen angelegt werden, damit ihre Aufenthaltsorte per Satellit überwacht werden können. Im Rahmen des Swiss Early Psychosis Project oder des Kompetenznetzes Schizophrenie werden Kinder und Jugendliche erfasst, die in der Schule auffallen oder Probleme in der Familie haben, um sie vorbeugend langjährig unter Neuroleptika zu stellen und fortwährender Psychoedukation auszusetzen. Laut der 2005 vom Europarat verabschiedeten „Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von Menschen, die an einer Geistes-Störung leiden, insbesondere jener, welche als unfreiwillige Patienten in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht sind“ gilt die Verabreichung von Elektroschocks auch ohne Einwilligung ebenso als ethisch wie die Zwangsunterbringung ohne richterlichen Beschluss oder die ambulante Zwangsbehandlung. Im EU-Vertrag von Lissabon von 2007 ist die Einschränkung der Menschenrechte von Psychiatrisierten festgeschrieben. Da schon jetzt die Lebenserwartung psychiatrischer Patienten und Patientinnen – vermutlich im Wesentlichen aufgrund psychopharmakabedingter Herz-Kreislauf-Störungen, Diabetes und Suizidalität – um durchschnittlich bis zu drei Jahrzehnte herabgesetzt ist (Aderhold, 2007), wird es höchste Zeit, dass sich international, auch auf universitärer Ebene, Widerstand gegen die immer lebensbedrohlicher werdende Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen regt.

Fazit

Da alternative Angebote mitmenschlicher Hilfe derzeit eher nicht bereitstehen, müssen Psychiatriebetroffene lernen, mit den vorhandenen Angeboten umzugehen. Sofern sie nicht wollen, dass andere über sie verfügen, sollten sie sich tunlichst durch Vorausverfügungen (beispielsweise Psychiatrische Testamente, Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen) vor psychiatrischer Willkürbehandlung und Körperverletzung schützen, auf die Qualität der Behandlungsangebote Einfluss zu nehmen versuchen oder Alternativen aufzubauen beginnen. Hilfreich ist hierbei, wenn sie

- ▶ sich organisieren
- ▶ mit geeigneten Organisationen, Einrichtungen und Personen kooperieren
- ▶ forschen (beispielsweise psychiatrische Angebote oder alternative Ansätze evaluieren)
- ▶ sich und andere schulen
- ▶ darauf drängen, in die Verantwortung einbezogen und wirksam an Entscheidungsprozessen

auf allen Ebenen beteiligt zu werden, so dass Ansätze von Qualität in der Versorgung entstehen und Nutzerkontrolle ausgeübt werden kann.

Menschenrechtsorganisationen, Beschwerdestellen, Ombudsmänner und -frauen können helfen, dass aus wehrlosen Psychiatriepatienten und -patientinnen selbstbewusste Klienten und Klientinnen werden, die ihnen zustehende Hilfen, Bürger- und Menschenrechte in Anspruch nehmen.

Natürlich sind bei dem Unterfangen, Alternativen aufzubauen und humane Behandlungsbedingungen durchzusetzen, alle angesprochen, denen an Gesundheit, Stärkung der Lebenskraft und einem auf Toleranz und Gleichberechtigung beruhenden Gemeinwesen liegt – auch Psychologen und Psychologinnen. Wie soll einem Menschen psychotherapeutisch geholfen werden, wenn er psychiatrisch gedemütigt wird und die persönlichkeitsverändernde Wirkung der Psychopharmaka eine konfliktaufdeckende therapeutische Begleitung von vornherein verunmöglicht? Welchen Sinn haben Überlegungen zur Auswahl unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren, wenn Neuroleptika aufgrund ihrer apathisierenden Wirkung das Remittieren (*Rückbilden*) der psychotischen Entwicklung beeinträchtigen und bei ca. zwei Drittel aller Anwendungen pharmakologisch bedingte Depressionen bis hin zur Suizidalität bewirken? Wird es nicht Zeit, dass sich auch Psychologen mehr und mehr kritisch mit Psychopharmakawirkungen beschäftigen, mehr und mehr noncompliant werden?

Es ist wünschenswert, dass man dem Betroffenenendiskurs in Bildung und Fortbildung eine wachsende Bedeutung gibt und dass man die Betroffenen als diejenigen anerkennt, die das größte Wissen und die meisten Informationen über Werte, Bedeutungen und Beziehungen besitzen und die wahren Experten sind (Bracken, 2007), speziell diejenigen, die ihre psychischen sowie psychiatrischen Probleme überwunden haben.

Für Psychiatriebetroffene gilt, reflektiert und vorsichtig vorzugehen, denn Psychiatriebetroffenheit ist keine Kategorie, die einen zu einem besseren Menschen macht. Wichtig sind ein respektvolles Miteinander in der Zusammenarbeit, auch wenn es unterschiedliche Präferenzen gibt, sowie eine produktive Zusammenarbeit mit all denen, die gegen Verdummung, Unterdrückung, Ausbeutung und Normierung der Menschen aktiv sind. Geben wir Acht, uns nicht in neue Abhängigkeiten zu begeben, denn – neben Gesundheit – ist nichts wertvoller als Freiheit und Unabhängigkeit.

Ich bedanke mich an dieser Stelle herzlich bei der Aristoteles-Universität und ihrer Psychologischen Fakultät für ihren mutigen Schritt, mich mit einem Ehrendokortitel auszuzeichnen. Ich hoffe, dass diese Universität mit ihrer Wertschätzung des Erfahrungswissens Psychiatriebetroffener von anderen Universitäten zum Vorbild genommen wird, damit die Stimmen der Psychiatriebetroffenen besser wahrgenommen und diese in ihrem Kampf um die Durchsetzung ihrer Menschenrechte mehr unterstützt werden.

Literatur

- Aderhold, V.: Mortalität durch Neuroleptika, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 39. Jg. (2007), Nr. 4, S. 897–907
- Bracken, P.: Jenseits von Modellen und Paradigmen – Eine radikale Interpretation von Recovery, in: P. Lehmann / P. Stastny (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 418–420

- Ebner, G.: Aktuelles aus der Psychopharmakologie – Das Wichtigste vom ECNP-Kongress, in: *Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe 2003, Nr. 1*, S. 29–32
- Lahti, P.: Vorwort zu: P. Lehmann (Hg.): *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 3., aktual. und erweiterte Aufl. 2008, S. 10–12
- Lehmann, P.: Medicalization and irresponsibility, in: *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy (United Kingdom), Vol. 10 (2010), No. 4*, S. 209–217. Available on the internet at www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/medicalization.htm
- Ungerstedt, U./Ljungberg, T.: Behavioral patterns related to dopamine neurotransmission, in: *Advances in Biochemical Psychopharmacology, Vol. 16 (1977)*, S. 193–199

Kontakt

www.peter-lehmann.de

Danksagung anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde am 28. September 2010 durch die Psychologische Abteilung der Aristoteles- Universität Thessaloniki (Griechenland), Philosophische Fakultät von Peter Lehmann

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde,

es ist für mich persönlich eine große Ehre, als erster Psychiatriebetroffener weltweit für Pionierleistungen im Bereich der humanistischen Antipsychiatrie mit der Verleihung der Ehrendoktorwürde ausgezeichnet zu werden. Die Anerkennung meines wissenschaftlichen und humanitären Beitrags zur Stärkung der Rechte Psychiatriebetroffener erfüllt mich mit Genugtuung.

Das Problem fehlender Unterstützung in psychischer Not betrifft keine Minderheit, sondern die breite Masse der Gesellschaft: die Betroffenen selbst, die Angehörigen, Kinder, Alte und sozial Ausge-

grenzte aller Art. Der Schutz vor psychiatrischer Gewalt hat einen gesamtgesellschaftlich entängstigenden Faktor. Das Eindämmen der Flut von Psychopharmaka-Verordnungen mit ihrer Produktion sogenannter therapeutischer Zweitkrankheiten und den daraus folgenden körperlichen, psychischen und sozialen Behinderungen hätte neben der gesundheitlichen auch eine maßgebliche kostendämpfende Wirkung. Das Verständnis des aus dem inneren Erleben unserer Kultur herrührenden Schmerzes psychotischer oder depressiver Menschen würde allgemein zu mehr Einsicht in sich selbst führen und Isolation und Entfremdung vorbeugen.

Ich mag der erste sein, der für Verdienste um die humanistische Antipsychiatrie mit der Ehrendok-