

Peter Lehmann

Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise¹

Was kann der oder die einzelne Psychiatriebetroffene tun, um in psychosozialen Krisensituationen die Selbstbestimmung zu fördern und zumindest teilweise durchzusetzen?

Die Psychiatrie beinhaltet allgemeine ethische Probleme: ihre prinzipielle Überforderung durch den Anspruch, als medizinische (und naturwissenschaftliche) Disziplin psychische Krisensituationen überwiegend sozialer Natur lösen zu wollen; ihre bedrohliche Gewaltbereitschaft; die Verstellung des Blicks auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft durch die psychiatrische Diagnostik und die Fortführung der Pathologisierung störender und unbequemer Sinnes- und Handlungsweise als »psychisch krank« (also nicht zu verantworten, behandlungsbedürftig und potenziell gemeingefährlich); die Ausrichtung ihrer Diagnostik und Behandlung an den Interessen der Pharmaindustrie.

Menschen in überwiegend organisch bedingten psychischen Notsituationen landen ebenso in der Psychiatrie wie Menschen in psychischen Krisensituationen. Medizinische Hilfeleistung kann bei Ersteren nicht nur lebensrettend sein; bei Menschen in lebensbedrohlichen Zuständen, die ihren Willen in dieser Notsituation nicht äußern können, ist sie zudem rechtlich vorgeschrieben.

Die Vielfalt der Probleme, Wertvorstellungen, Interessen, Lebensumstände und Herangehensweisen der Betroffenen lässt keine einfache Antwort auf die eingangs gestellte Frage zu.

Ärztliche Pflicht zur Notfallbehandlung

Das im medizinischen wie im psychosozialen Bereich geltende Recht verlangt vom psychiatrischen Personal, Schaden von der gefährdeten Person abzuwenden, wobei alle Rechtsprinzipien – auch das der Verhältnismäßigkeit – gewahrt werden müssen. Die Behandlungsmaßnahmen selbst müssen auf die konkrete Person und Situation bezogen sein und dürfen keine erheblichen Gefährdungspotenziale beinhalten. In Deutschland wird die Rechtslage durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. So erlaubt § 630d I 3 BGB (Behandlungsvertrag, Einwilligung in medizinische Maßnahmen) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet ist:

»Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.«

§ 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers) verfügt ebenfalls, dass die Notfallbehandlung am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen orientiert sein muss:

»Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.«

§ 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) verpflichtet jedermann zur Hilfe, wenn ein Mensch in Not ist:

»Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.«

Ärztinnen und Ärzte unterliegen einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung, der Garantenpflicht. Damit ist ihre Beistands-

pflicht gemeint. In ihrer Pflichtenposition haben sie dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden. Die Garantenpflicht ist durch § 13 Absatz 1 StGB (Begehen durch Unterlassen) geregelt:

»Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.«

Damit ist gemeint: Wer ein Delikt nicht verhindert, macht sich strafbar, wenn er es hätte verhindern müssen und wenn durch sein Unterlassen die den Schaden herbeiführende Tat möglich wurde.

Der Psychiater, so stellt es die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) in ihrer nachfolgend in Auszügen dargestellten »ethischen Stellungnahme zu Selbstbestimmung und Zwang« vom 23. September 2014 dar, befinde sich

»... in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Respekt vor dem Patientenwillen einerseits, dem gesundheitlichen Wohl des Kranken und der Verpflichtung zur Fürsorge gegenüber selbstbestimmungsunfähigen, hilflosen und hilfebedürftigen Menschen andererseits sowie den Interessen von Angehörigen, Institutionen und Gesellschaft.«²

Als Reaktion auf zurückliegende Kritik am Begriff der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit, der allzu deutlich macht, dass Psychiater einzig eine Zustimmung zu vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen zu akzeptieren gewillt sind, jedoch keine Ablehnung, verwendet die DGPPN neuerdings den Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit,

»... da dieser nicht nur die Fähigkeit zur Einwilligung (>consent<), sondern auch zur Ablehnung (>dissent<) berücksichtigt.«

Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen komme auch darin zum Ausdruck, so die DGPPN,

»... dass man ihn vor ungewollten Folgen durch nicht-selbstbestimmte Entscheidungen schützt. Dieser Aspekt ist in der Psychiatrie von besonderer Bedeutung, weil akute oder chronische psychische Erkrankungen sowie angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen die Fähigkeit eines Menschen zur Selbstbestimmung einschränken oder aufheben können. Beispielsweise können halluzinierte Befehle zur Selbsttötung die Selbstbestimmungsfähigkeit ebenso aufheben wie das aufgrund einer schweren Demenz fehlende Verständnis eines Patienten für den lebensrettenden Charakter eines medizinischen Eingriffes (z. B. einer Operation).«

Bei Patientinnen und Patienten, die vorübergehend die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren hätten, kann nach DGPPN-Meinung Zwang gerechtfertigt sein, und zwar typischerweise bei:

»(I) Selbstgefährdung: Unterbringung auf einer psychiatrischen Akutstation zur Verhinderung einer drohenden Selbsttötung bei akuter Suizidalität; medikamentöse Behandlung eines schizophrenen Wahns mit selbstzerstörenden Inhalten (z. B. der Überzeugung, fliegen zu können); intravenöse Flüssigkeitszufuhr bei verwirrten und exsikkierten (ausgetrockneten – P.L.) Demenzkranken, die das Trinken verweigern; Gabe lebenswichtiger Medikamente (z. B. Insulin) bei depressivem Negativismus und gleichzeitigem Diabetes mellitus; Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei einem lebensbedrohlichen Alkoholentzugsdelir.

(II) Fremdgefährdung: Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei Fremdaggressivität im Rahmen eines psychotischen oder drogenbedingten Erregungszustands. Hierbei wird durch adäquate antipsychotische Medikation die dem Erregungszustand zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt.«

Selbstbestimmungsfähigkeit bezüglich konkreten psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen wird von der DGPPN dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt:

»Informationsverständnis: Sie muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.

Urteilsvermögen: Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können. Einsichtsfähigkeit: Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).

Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Sie muss die Fä-

higkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.«

Verstehen die Betroffenen Risiken und potenzielle Nutzen der anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne, beurteilen sie die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation, verweigern sie Krankheitseinsicht, stellen sie die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel und treffen sie eine Entscheidung im Lichte von Psychiatern nicht akzeptierter Alternativen: dann müssen sie damit rechnen, dass man sie als selbstbestimmungsunfähig einordnet und ihnen psychiatrische Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) – und in letzter Zeit immer häufiger auch Elektroschocks³ – gewaltsam verabreicht. Nur Optimisten würden glauben, dass mit der DGPPN-Stellungnahme der Anspruch der Psychiater, das letzte Wort über die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks zu haben, der Vergangenheit angehört.

Die dargestellte Rechtssituation und die zitierte Haltung der DGPPN zeigt, dass Psychiatriebetroffene oder potenziell Betroffene, die in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung fördern, erhalten oder zumindest teilweise durchzusetzen wollen, sich rechtzeitig mit den Positionen derer beschäftigen sollten, die später möglicherweise über ihr Wohl entscheiden wollen.

Gemutmaße Anlasskrankheiten

Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung von Menschen, die als psychisch gestört gelten, lässt sich kaum objektiv beurteilen. Subjektiv geprägte Urteile sind im psychiatrischen Bereich ein unlösbares Problem. Da die Feststellung von Gefahrenwahrscheinlichkeit in der Regel nicht auf objektiv messbaren Kriterien fußt, sondern – so die Rechtsanwälte Wolfgang Kalek (Berlin) und Kollegen – auf einer »sachverständig« beratenen, intuitiv-subjektiven Einschätzung der Behandler oder des Gerichts, komme es mangels ausreichend belegter, rein statistischer Prognosekriterien zwangsläufig zu erheblichen Fehleinschätzungen. Es gehe nicht mehr um die spezifische Situation von individuellen Patientinnen und Patienten; die Wahrscheinlichkeitsaussage zu ihrer Gefährdung werde lediglich mit einer Gruppe sich ähnlich verhaltender Menschen verglichen.⁴ Um sich über die Behandlungsunwilligkeit hinwegsetzen zu können, werde Zwangsbehandlung mit dem zweifelhaften Kriterium der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit verquickt, die als unbestimmter und sich wandelnden subjektiven Definitionen zugänglicher Rechtsbegriff gelte und für die es keinen Standard gebe.

Die Chancen Betroffener bleiben schlecht, wenn sie um ihr Einverständnis mit der Verabreichung psychiatrischer Anwendungen gefragt werden. Mit der Frage nach dem Einverständnis wird zwar die Selbstbestimmungsfähigkeit bescheinigt (andernfalls müsste gar nicht erst gefragt werden). Ein Einverständnis mit der Verabreichung wird grundsätzlich als kompetente Entscheidung betrachtet, eine Ablehnung dagegen gerne als Krankheitssymptom und Nachweis der Selbstbestimmungsunfähigkeit. Das mache die Verabreichung notwendig – ein von außen leicht zu durchschauender Zirkelschluss.

So erfolgt eine willkürliche Abwägung der Menschenrechte unterschiedlicher Personengruppen gegeneinander, wobei über-

gangen wird, dass ein Teil der Personen ohne belegbare Not – quasi als Kollateralschaden – einer Menschenrechtsverletzung ausgesetzt wird: alleine auf Grund der Tatsache, dass dieser Personenkreis einer anderen Personengruppe zugeordnet wird, mit der er möglicherweise nichts zu tun hat.

Die Folgen traumatisierender Missbrauchserfahrungen (speziell bei Frauen), die sich als akute psychosoziale Krisensituationen darstellen können, sowie die psychischen Folgen traumatisierender Erfahrung durch das Erleben psychiatrischer Gewalt ignoriert man in der Psychiatrie; bedauert wird einzig das Misstrauen, das die Betroffenen verständlicherweise in ihre Peiniger entwickeln. So erklärt die DGPPN scheinbar selbstkritisch:

»Es darf (...) nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden.«

UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsbehandlung

Um eine psychiatrische Versorgung rund um die Uhr sicherzustellen, die psychische Störungen zeitlich begrenzen könne, seien – so Rolf Marschner, Münchner Anwalt für Sozialrecht mit dem Schwerpunkt Behindertenrecht – besondere Gesetze für Psychiatriepatientinnen und -patienten unverzichtbar. Maßnahmen wie psychiatrische Zwangsbehandlung könnten gemäß Artikel 5 (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) Absatz 4 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) geradezu erforderlich sein, um die tatsächliche Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung herbeizuführen. In jenem Artikel wird einschränkend gesagt:

»Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.«

Dabei interpretiert Rolf Marschner die UN-BRK in der Weise, dass sie Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit zulasse. Den Widerspruch, dass die seelische Unversehrtheit ausgerechnet mit einer traumatisierenden, oft zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führenden gewaltsamen Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka wiederhergestellt werden soll, berücksichtigt er allerdings nicht, wenn er die UN-BRK wie folgt interpretiert:

»Keine Diskriminierung im Sinn der UN-BRK liegt dagegen vor, wenn die Zwangsbehandlung der Abwehr von Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahren für den betroffenen Menschen selbst dient sowie dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist. (...) Ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit kann daher im Ausnahmefall auch

damit begründet werden, die seelische Unversehrtheit wiederherzustellen.«⁵

Psychiatrie und Lebensgefahr

Doch nur zu oft geht lebensgefährlichen Zuständen psychiatrischer Patientinnen und Patienten eine psychopharmakologische Behandlung voraus, die nach psychiatrischem Duktus lebensrettend sei oder eine erhebliche Gesundheitsgefahr verringere. Eine Vielzahl psychiatrischer Behandlungen produziert jedoch Schäden aller Art inklusive körperlicher Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika.⁶ Die Vorzeichen behandlungsbedingter möglicherweise chronisch oder tödlich endender Erkrankungen⁷ sind zwar bekannt, doch werden die Betroffenen darüber nicht aufgeklärt. Zudem bekommen sie in aller Regel keine Hilfe bei der Überwindung behandlungsbedingter Schäden. 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.⁸

Lebensgefahr für die Betroffenen besteht bei einer Vielzahl psychiatrischer Syndrome, beispielsweise febriler Katatonie (Krankheitsbild mit motorisch-muskulärer bzw. mentaler Anspannung, Raptus (plötzlicher Erregungszustand mit Bewegungsturm) oder Malignes Neuroleptisches Syndrom (MNS; behandlungsbedingter lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen).⁹ All diese Symptomenkomplexe, die mit verminderten kognitiven Fähigkeiten bis hin zu Bewusstlosigkeit einhergehen und den Betroffenen außerstande setzen, eine informierte Zustimmung zu einer notwendigen Behandlung geben zu können, können Eingriffe von außen erfordern. Auch akute und möglicherweise behandlungsbedingte Suizidalität kann dazu führen, dass psychiatrisch Tätige im Rahmen ihrer Garantenpflicht tätig werden. Manche Situationen entstehen im Verlauf einer Krise unvorhersehbar und unabwendbar, andere behandlungsbedingt und damit bedingt vorhersehbar. Leicht ließe sich zu Beginn einer einvernehmlichen Behandlung im Rahmen der erforderlichen Aufklärung über Risiken und Alternativen eine Behandlungsvereinbarung für den Fall eines neuroleptikabedingten MNS oder anderer vegetativer Entgleisungen abschließen, damit auch im Krisenfall das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten gewahrt bliebe. Nähme man Suizidalität als Gefahrenquelle ernst, würde sich die – insbesondere gewaltsame – Verabreichung von Neuroleptika mit ihrer potenziell suizidalen Eigenwirkung¹⁰ von selbst verbieten. Febrile Katatonie ist ein weiteres gutes Beispiel, um die Problematik psychiatrischer Behandlung zu diskutieren. Während diese Symptomatik einigen Ärzten als Indikation für Elektroschocks gilt, haben andere erkannt, dass sich die Symptome mit weit weniger invasiven Methoden – Spasmolytika (krampflösende Mittel wie zum Beispiel Dantrolen) oder spezielle Benzodiazepine (wie zum Beispiel Lorazepam) – risikoarm behandeln lassen. Darüber hinaus können Ärzte mit einem »katatonen Dilemma« konfrontiert sein: Dieses besteht aus der möglichen Verwechslung von febriler Katatonie mit einem diagnostisch schwer unterscheidbaren MNS oder mit febriler Hyperthermie (behandlungsbedingter und ungewöhnlich lange anhaltender Fieberzustand, einhergehend mit Bewusstseinstörung, Kreislaufkollaps und Krampf-

anfällen). Eine die Lebensgefahr steigernde Fehlbehandlung ist bei diesem Dilemma programmiert.¹¹

Krisenbewältigung ohne Psychiatrisierung

Berichte über Wege, Krisen ohne Psychiatrisierung durchzustehen, liegen in vielfältiger Form vor.¹² Hierzu zählen das Verlassen gefährlicher Orte, Rückzug in die Stille und an sichere Orte, beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, Dabeisein, Zugehen auf hilfsbereite Menschen, expressive künstlerische Tätigkeit, Schreiben, bewusste und balancierte Lebensführung, spezielle Ernährung, ausreichend Schlaf und vieles mehr. Als wesentliche Elemente gelten unaufdringliche Zuwendung und soziale Unterstützung.

Selbsthilfegruppen mit undogmatischer Ausrichtung und respektvollem Umgang untereinander können in Krisensituationen weitreichende Unterstützung leisten. Sie haben allerdings auch ihre Grenzen, wenn beispielsweise zu wenig stabilen Gruppenmitgliedern zu viele Hilfesuchende gegenüberstehen.¹³ Vorsicht ist geboten, wenn sich Gruppenmitglieder einer sogenannten Psychoedukation unterziehen ließen: dann wurden sie in aller Regel belehrt, dass psychosoziale Krisen biologische Ursachen haben und einzig mit Psychopharmaka neutralisiert werden können.¹⁴ Gern empfehlen sie diese chemische Form von Krisenbewältigung anderen als Patentrezept. In seinem Beitrag in dem Buch »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« gestattet David Webb aus Melbourne, ehemaliges Vorstandsmitglied des Weltnetzwerks von Psychiatriebetroffenen, einen kritischen Blick auf die dunkle Seite so mancher Selbsthilfegruppe, egal ob von Psychoedukation betroffen oder nicht, wenn er schreibt:

»Eine der nervigsten Sachen während meines Kampfes waren all die Leute, die glauben, dass das, was ihnen geholfen hat, mir auch helfen könnte. Der Weg zur Freiheit ist einzigartig und höchst persönlich.«¹⁵

Nichtsdestotrotz sind individuelle und organisierte Selbsthilfe ein wesentlicher Faktor für die Krisenbewältigung. Sind keine Selbsthilfemöglichkeiten vorhanden, bietet sich an, Unterstützung bei humanistisch orientierten Psychotherapeuten zu suchen.¹⁶

Manchmal sind Probleme so drängend und gewaltig, dass weder mit Selbsthilfe noch mit psychotherapeutischen Verfahren eine rasche Abhilfe möglich scheint. Personen, die den Schutz einer Einrichtung wünschen, sollten sich rechtzeitig über solche mit humanistischer Ausrichtung wie zum Beispiel Krisenpension, Windhorst, Soteria, Weglaufhaus etc. informieren und prüfen, ob im Fall des Falles eine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse möglich ist. Nichtpsychiatrische Alternativen im Falle akuter psychischer Probleme sowie Wege zu einer Behandlung, die die Menschenrechte respektiert, sind in dem Buch »Statt Psychiatrie 2« dargestellt.¹⁷ Informationen stehen auch im Internet auf der Website des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) in der Rubrik »Wohin in der Krise?«¹⁸

Bei einer Psychiatrisierung besteht nach wie vor die Gefahr, dass psychosoziale Krisensituationen psychiatrisch Tätigen zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen dienen – zum gesundheitlichen »Wohl« der Betroffenen. Die DGPPN schreibt:

»In einer kleinen Gruppe von psychisch schwer erkrankten Patienten kann jedoch die Situation auftreten, dass selbstbestimmungsunfähige Patienten sich und Dritte in einem Ausmaß gefährden, dass zu ihrem gesundheitlichen Wohl Zwangsmaßnahmen erforderlich sind.«

Betroffene sowie Außenstehende können eine Beschwerdestelle einschalten, sofern vorhanden. Die Dokumentation unerwünschter Auswirkungen von Psychopharmaka und Elektroschocks und die Überreichung der Dokumentation an psychiatrisches Personal unter Zeugen vermitteln in subtiler Weise, dass Beweise für eine Anzeige wegen bedingt vorsätzlicher Körperverletzung gesammelt werden und legen ihm nahe, von seinem Tun abzulassen. Sinnvoll ist zudem ein freundlicher Hinweis bei der Überreichung der Dokumentation, der Psychiater möge »die Medikation anpassen«. Um ihn im Schadensfall zur Rechenschaft zu ziehen, sollte man insbesondere die frühen Warnzeichen für eventuell chronisch oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen kennen.⁷

Psychopharmaka und Expertenmonolog ohne Ende?

Personen, die in psychosozialen Krisen psychiatrisiert wurden, werden in aller Regel mit einem Mix an Psychopharmaka entlassen. Aufgrund der psychiatrischen Ideologie, psychische Probleme seien ganz oder teilweise genetisch bedingt, versteht es sich von selbst, dass im sogenannten Arztbrief eine zeitliche Begrenzung der angeordneten Verabreichung von Psychopharmaka sowie Hinweise auf mögliche Entzugserscheinungen fehlen. Sofern die Betroffenen Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und Neuroleptika in Selbstbestimmung absetzen wollen, müssen sie mögliche Entzugsprobleme und Wege zu deren Minimierung kennen und sich – vergleichbar der Situation nach einem Herzinfarkt – mit den Risikofaktoren für ihre eigenen psychosozialen Krisen und für die Psychiatrisierung beschäftigen. Im Idealfall werden sie ihre Lebenssituation so ändern, dass sie im Wissen um eigene Verletzlichkeiten (und die anderer Leute) gestärkt aus der Krise hervorgehen.

Stehen nach der Entlassung aus der Psychiatrie Maßnahmen wie Einzelfallhilfe, betreutes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaft oder Tagesstätte an, besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen ihren Objektstatus behalten, dass also weiterhin über ihre Köpfe hinweg entschieden wird. Anreize, das System der Eingliederungshilfe (SGB XII) und den psychiatrischen Komplex insgesamt zu verlassen, werden von den Trägern gemeindepsychiatrischer Einrichtungen eher nicht gesetzt. Deren finanzielle Absicherung ist mit ihrer ausreichenden Auslastung verquickt. Eine empowermentfördernde Praxis gilt als mühsam, bedeutet aufgrund möglicher Veränderungen routinierter Abläufe bürokratischen Mehraufwand und birgt zudem das Risiko, mit der Obrigkeit, zu der auch an der Spitze von Entscheidungshierarchien stehende Psychiater zählen, in Konflikt zu geraten. In sogenannten Steuerungsunden der Eingliederungshilfe, wo die Betroffenen eigene Vorstellungen von Betreuung für den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) einbringen könnten, stehen sie einzeln der konzentrierten Macht, Sprachgewalt und Routine des gemeindepsychiatrischen Apparats gegenüber – oft unter lähmendem Einfluss persönlichkeitsverändernder Psychopharmaka. Meist verzichten sie auf die Teilnahme an diesen Runden (oder man entscheidet fürsorglich für sie, dass sie besser draußen bleiben), zum Beispiel wenn abzusehen ist, dass sie einer tribunalähnli-

chen Situation ausgesetzt werden. Sind sie anwesend, stellt man ihnen gerne Suggestivfragen, um ihre Zustimmung zu den vorgeschlagenen Hilfen für die Leistungserbringer zu erheischen. Dieselbe Ohnmacht erleben Betroffene, wenn bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern der Eingliederungshilfe Recovery-fördernde Persönliche Budgets (SGB IX in Verbindung mit SGB XII) und Zielvereinbarungen mit Fallmanagern ausgehandelt werden sollen. Hilfreich wäre, wenn sie zu solchen Terminen von Unterstützern ihres Vertrauens begleitet würden, sie feste und leicht erreichbare Ansprechpartner hätten, ihre Eigenständigkeit in der Zielvereinbarung eine wesentliche Rolle spielte und eine unterstützende Beratung stattfände, die sich flexibel an den Wünschen des einzelnen Betroffenen orientiert.¹⁹

Das Ende des »Experten«-Monologs insbesondere beim Übergang aus der Akutpsychiatrie in das gemeindepsychiatrische System wäre jedoch so überraschend wie die sofortige Bereitschaft zu einem Runden Tisch zwecks Aufarbeitung psychiatrischer Menschenrechtsverletzungen seitens der Landesorganisationen psychosozial Tätiger oder die Forderung nach einer Traumatherapie für Psychiatriegeschädigte. Schließlich ist das Hauptziel gemeindepsychiatrischer Nachsorge, die Langzeitverabreichung von Psychopharmaka sicherzustellen.²⁰ Gemeinenahe Außenstellen hatte schon vor über einem halben Jahrhundert der Psychiater Harald Neumann herbeigesehnt, um das »Halten von Schizophrenen« außerhalb von Anstalten pflegeleicht gestalten zu können. 1961 kündigte er in der damals praktizierten unverblühten Ausdrucksweise an:

»Im Vorgriff auf die weiteren Ausführungen sei vermerkt, dass in Zukunft wahrscheinlich die Hauptaufgabe jeder nachgehenden Fürsorge der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sein wird, die Dauermedikation entlassener schizophrener Kranken zu überwachen, um möglichst viele Kranke draußen halten zu können.«²¹

Das düsterste Kapitel nach der Entlassung ist wohl die nahezu vollständige Verweigerung von Unterstützung, wenn Psychiatriebetroffene den Entschluss treffen, die verordneten Psychopharmaka nicht weiterhin einnehmen zu wollen. Gute Arztpraxen – die es vereinzelt gibt und von deren Existenz man am ehesten in psychiatrieunabhängigen Selbsthilfegruppen erfährt – sind meist überfüllt. Viele Absetzwillige vergeuden viel Energie, um einen Arzt zu finden, der geneigt ist, verringerte Dosierungen zu verordnen, über Entzugsprobleme zu informieren und sich gar ihre Sorgen anzuhören. Doch ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgchancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das ermutigende Ergebnis bei zwei Drittel aller Befragungen im Rahmen des »Coping with Coming Off«-Projekts (Forschungsprojekt darüber, wie das Absetzen bewältigt wird) in England und Wales. Finanziert vom britischen Gesundheitsministerium hatte 2003 und 2004 ein Team psychiatriebetroffener Forscherinnen und Forscher 250 Interviews im Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND – vergleichbar der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. – durchgeführt, um die Erfahrungen mit dem Absetzen von Psychopharmaka zu eruieren. Als hilfreich galten der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation und Bewegung. Es stellte sich heraus,

dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patientinnen und Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen können. Ärzte wurden als die am wenigsten hilfreiche Instanz beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man nach diesem Projekt auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.²²

Ärzte haben zudem das Problem, dass sie zwar lernen, bei jeder Gelegenheit Psychopharmaka zu verordnen, jedoch nicht, wie notwendigerweise entstehende Absetzprobleme zu überwinden sind. Der Psychiater Asmus Finzen ist einer der ersten seiner Berufsgruppe, der zu diesem strukturellen Kunstfehler öffentlich Stellung bezieht:

»Ärzte lernen, Medikamente zu verordnen. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. In Zeiten, in denen die Langzeitmedikation nicht nur in der Psychiatrie bei vielen Krankheiten (Blutdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes) zur Regel geworden ist, ist das ein Mangel, und nicht ganz selten ist die Dauermedikation fragwürdig. Entscheidend ist, dass viele Medikamentenkonsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen.«²³

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Selbsthilfe

Auch wenn individuelle und organisierte Selbsthilfe – wie bereits erwähnt – ein wesentlicher Faktor für die Bewältigung psychosozialer Krisen ist, sollten ihre Schattenseiten nicht unterschlagen werden. Immer wieder kommt es auch in Selbsthilfegruppen zu psychischen Verletzungen. Psychiatriebetroffene sind dann besonders verletzlich, wenn sie sich nach katastrophalen Erfahrungen mit der Psychiatrie unter ihresgleichen sicher wähnen und sich vertrauensvoll öffnen. Doch wieso sollen psychiatrische Schubladendiagnosen wie »Psychose« oder »Schizophrenie« dazu führen, dass die derart Diagnostizierten mehr gemeinsam haben als eben jene Diagnosen? Wieso sollen alle Psychiatriebetroffenen aneinander interessiert und fähig sein, sich solidarisch, mitfühlend und kritikfähig mit anderen auseinanderzusetzen? Wieso soll sich ein Psychiatriebetroffener, der eine Behandlung gegen seinen Willen als hilfreich empfunden hat, solidarisieren mit der Forderung eines Psychiatriegeschädigten nach vorbehaltlosem Verbot jeglicher psychiatrischen Behandlung ohne informierte Zustimmung? Sitzen die Betroffenen durch eine angenommene Gleichheit oder Vergleichbarkeit ihrer Psychiatrie- oder Psychose-Erfahrung nicht einer Illusion auf, die sie beim ersten Erleben unterschiedlicher Wahrnehmung oder Bewertung in heillose Streitereien und Enttäuschungen förmlich hineintreiben muss?

Vor allem sollte Abhängigkeit von Psychopharmaka nicht von einer neuen Abhängigkeit abgelöst werden. Vorsicht ist daher immer angebracht, wenn Patentrezepte angeboten werden. Dies betrifft die Selbsthilfeszene sowie die antipsychiatrische »Bewegung« allgemein²⁴ und Standardvoraussetzungen insbesondere, wenn persönlichen Erfahrungen und Krisenbewältigungsstrategien kein Raum gegeben wird. Die »Patientenverfügung (PatVerfü)«, die unter anderem von der deutschen

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener und vom BPE-Vorstand herausgegeben wird, kann als (schlechtes) Beispiel dienen.²⁵ Das Formular sieht – insbesondere für psychiatriekritisch eingestellte Personen sinnvoll – die Ablehnung einer psychiatrischen Diagnostizierung und Behandlung vor, es kann die Unterzeichner jedoch in immense Schwierigkeiten bringen, wenn sie Behandlungen ohne jegliche Einschränkung ablehnen. Mit der Formulierung

»Strikt untersage ich folgende Behandlungen:

- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.
- Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst.«

kommen die Unterzeichner potenziell in **Lebensgefahr**: In einer Ambulanz oder in einem Krisendienst darf eine starke Blutung dann nicht mehr gestillt, ein Herzstillstand nicht mehr behandelt werden, weil die Betroffenen beispielsweise im Zustand der Bewusstlosigkeit ihre Verfügung nicht mehr widerrufen können. Hellhörig sollte auch machen, wenn ein Formular keine Benennung von eigenen Erfahrungen, von möglichen Krisensituationen und von alternativen Lösungswegen in psychosozialen Krisen vorsieht – was aber auch heute noch (auf Grundlage des § 1901a BGB) als dringend erforderlich anzusehen ist, um die Selbstbestimmungsfähigkeit bei Abfassen der Patientenverfügung zu belegen und dem Einwand zu begegnen, man hätte sich keine ausreichenden Vorstellungen über die zukünftige Krisenbewältigung gemacht.²⁶ Für eine Erklärung zur Behandlung eventuell tödlich verlaufender Erkrankungen sind in der genannten »PatVerfü« lediglich dreieinhalb Zeilen vorgesehen; dafür bietet sie Raum für zehn Personen, denen als Vorsorgebevollmächtigten für die Aufgabenbereiche Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge Blankovollmachten erteilt werden können. Warnungen vor einem möglichen folgenreicheren Missbrauch dieser aberwitzigen Blankovollmachten fehlen jedoch komplett.

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie wichtig eine kritische Haltung nach allen Seiten für eine selbstbestimmte Krisenverarbeitung und -vorsorge ist. Sich rechtzeitig einen Überblick über die Stolpersteine und Vorzüge einzelner Vorausverfügungen²⁷ zu verschaffen, eine unabhängige eigene Meinung zu bilden und entsprechend vorzusorgen, kann helfen, die Selbstbestimmung in psychosozialen Krisensituationen zumindest teilweise zu erhalten.

Gleichheit vor dem Recht – auch für Psychiater

Mit vernünftigen Vorausverfügungen kann das Spektrum unlösbar scheinender Konfliktsituationen wesentlich verringert werden. In Deutschland kann eine Behandlung ohne informierte Zustimmung rechtswirksam abgelehnt oder eingefordert werden.²⁸ Durch Vorausverfügungen sind auch die Interessen derer geschützt, die für sich im Krisenfall eine Zwangsbehandlung wünschen. Würden Sondergesetze abgeschafft, auf die sich Psychiater jetzt noch bei willkürlicher gewaltsamer Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks berufen, bliebe der Personenkreis ohne eigene Vorsorgeplanung übrig: an diesen Personen könnte keine über eine Notfallbehandlung hinausgehende Zwangsbehandlung mehr vollzogen werden. Aber sie wären im Krisenfall geschützt vor der Verletzung ihrer

elementaren Menschenrechte und könnten dasselbe Recht auf »Freiheit zur Krankheit« in Anspruch nehmen wie somatisch Kranke. Wie alle anderen Ärzte sollten auch Psychiater ohne Sondergesetze ihr Handeln rechtfertigen und auf weitergehende Entscheidungsbefugnisse verzichten. Gleichheit vor dem Recht sollte nicht nur für Psychiatriebetroffene gelten, sondern auch für Psychiater.

Eine Psychiatrie mit ethischen Grundlagen würde entsprechend den Anforderungen der UN-BRK gewaltfreie und akzeptierbare Formen von Krisenintervention (Krisenherberge, Offener Dialog, Soteria etc.) fördern und dazu aufrufen, für den Fall des Falles Vorausverfügungen zu erstellen, damit auch in schwierigen Zeiten die Entscheidung über höchstpersönliche Belange in der eigenen Hand bleibt. Mit Vorausverfügungen sind hier autonome Willenserklärungen gemeint und keine Behandlungsvereinbarungen, die auf voreilender Zustimmung zur Zwangsbehandlung beruhen. Schließlich ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit keine Verhandlungsmasse, sondern unteilbares Menschenrecht.

In Vorausverfügungen sollte es nicht einzig darum gehen, sich gegen die »Tyrannei der Außenwelt« zu wehren, sondern auch darum, wie psychosoziale Notlagen im Einklang mit der eigenen Weltanschauung bewältigt werden sollen, wie der einzelne Mensch Autor und Subjekt des eigenen Lebens bleibt.²⁹ Dass sich angesichts der Unvorhersehbarkeit der Zukunft mit Vorausverfügungen nicht jegliche Krisensituation umfassend regeln lässt, versteht sich von selbst. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass behandlungsunwillige Patientinnen und Patienten, die in psychischen Krisensituationen gegen Gesetze verstoßen haben, kurzerhand als gemeingefährlich für lange Zeit in die Forensik abgeschoben werden. Glücklicherweise hat, wer eine Vertrauensperson hat, die im Konfliktfall die eigenen Wertvorstellungen interpretieren kann.

Bis es dazu kommt, dass Psychiater das Verfassen autonomer Vorausverfügungen anregen, können allerdings noch viele Jahre vergehen. Aus der allgemeinen rechtlichen Schlechterstellung Psychiatriebetroffener und den gesundheitlichen Gefahren, die von Psychopharmaka und Elektroschocks ausgehen – sie sind mitverantwortlich für ihre um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung –, ergibt sich die Notwendigkeit, sich per Vorausverfügung zu schützen, um im Krisenfall nicht zum wehrlosen Objekt psychiatrischer Willkür zu werden. Da Vorausverfügungen rechtswirksam sind, ist es wichtig, den eigenen Willen sorgfältig zu formulieren und auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen. Rolf Marschner erklärt:

»Eine rechtswirksame Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 BGB ist auch während einer Unterbringung nach dem BGB oder den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen beachtlich und verhindert damit gegebenenfalls jede Zwangsbehandlung.«³⁰

Es ist nützlich, eine Dokumentation gesundheitlicher Vorschädigung und familiärer Belastung durch körperliche Erkrankungen beizufügen. Rechtzeitig sollte sich jeder und jede einzelne Psychiatriebetroffene Gedanken über mögliche Krisensituationen und deren Bewältigung machen und diese in geeigneter Form zu Papier bringen.³¹ Diese Notwendigkeit besteht auch für Menschen, die damit rechnen, einmal im Alten- und Pflegeheim

zu landen, wo sie möglicherweise massiv mit Psychopharmaka ruhiggestellt werden.³²

In ihrer »ethischen Stellungnahme« hat sich auch die DGPPN dazu durchgerungen, die Wirksamkeit von Vorausverfügungen öffentlich einzugestehen:

»Patientenverfügungen haben auch bei psychischen Erkrankungen rechtsverbindlichen Charakter, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (u. a. schriftliche Form, gegebene Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung). Ihre Rechtsverbindlichkeit schützt Patienten davor, dass ihre Behandlungswünsche übergangen werden, verdeutlicht aber auch die hohe Verantwortung, die Patienten für die eigene Gesundheit und den eigenen Behandlungsverlauf haben.«

Wenn die DGPPN aussagen will, dass die Betroffenen mit ihrem Selbstbestimmungsrecht auch die Aufgabe haben, insbesondere bei erwarteten oder befürchteten Krisensituationen im Voraus selbstdefinierte Lösungswege aufzuzeigen, ist dem ausnahmsweise zuzustimmen.

Die präventive Wirkung, sich rechtzeitig gedanklich mit Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren sowie Bewältigungsstrategien psychosozialer Krisensituationen auseinanderzusetzen und nach möglichen Unterstützern zu suchen, ist nicht zu unterschätzen.³³ Wer es lernt, sich nach psychosozialen Krisen mit deren Sinn und Auslösesituationen zu beschäftigen, läuft nicht mehr so schnell in die nächste psychotische, depressive oder manische Phase. Voraussetzung hierfür ist, sich selbst als verantwortliches Subjekt seines Lebens, seiner Vergangenheit, seiner Zukunft und seiner Gesundheit wahrzunehmen. Dann ist es möglich, dass in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt.

Quellen & Fußnoten

- ¹ Weiterentwickeltes Manuskript zum Vortrag vom 16. November 2013 beim Selbsthilfetag der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P e.V.) in der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie, Berlin-Schöneberg. Der Autor dankt Rolf Marschner, Margret Osterfeld, Franz-Josef Wagner und Reinhard Wojke für die Unterstützung bei der Abfassung des Manuskripts.
- ² Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Internetveröffentlichung http://dgppn-new.globit.com/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-23_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf vom 23. September 2014
- ³ Siehe Peter Lehmann: »Elektroschock«, in: Wolfram Pfreundschuh (Hg.): »Kulturkritisches Lexikon«, Internetveröffentlichung vom 6. März 2014
- ⁴ Siehe Wolfgang Kaleck / Sönke Hilbrans / Sebastian Scharmer: »Gutachterliche Stellungnahme – Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin«, 2., überarbeitete Fassung, Berlin 2008, S. 10; im Internet unter www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf
- ⁵ Rolf Marschner: »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin Aichele / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht - Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013, S. 223 / 222
- ⁶ Siehe Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken« und Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1996; ders.: Einführung zu: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen - Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 21-48 (E-Book 2013); im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/einleitung/9783925931277.pdf
- ⁷ Siehe Peter Lehmann: »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen«, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014, Nr. 1, S. 16-19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-warnzeichen.pdf
- ⁸ Siehe Juan Ernesto Méndez: Statement als Sonderberichterstatter über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, 22. Sitzung des UN-Menschenrechtsrats, Genf, 4. März 2013; Internetveröffentlichung http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf
- ⁹ Siehe Joachim Scharfetter / Richard Frey / Alexandra Strnad / Siegfried Kasper: »Katatone Störungen an einer psychiatrischen Intensivpflegestation«, in: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 7. Jg. (2006), Nr. 3, S. 34-41; im Internet unter www.kup.at/kup/pdf/5997.pdf
- ¹⁰ Siehe Peter Lehmann: »About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness«, in: International Journal of Psychotherapy, Vol. 16 (2012), Nr. 1, S. 30-49; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf
- ¹¹ Siehe Peter Lehmann: »Zusätzliche Elektroschocks«, in: ders.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1996, S. 92-96; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/zusatz_e-schock.htm
- ¹² Siehe Peter Lehmann / Peter Stastny: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 42-75 (E-Book 2014); und Kerstin Kempker: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1993, S. 26-59

- ¹³ Siehe Tina Stöckle: »Die Irren-Offensive - Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2005, S. 244-245
- ¹⁴ Siehe Peter Lehmann: »Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten«, in: Psychotherapie-Wissenschaft, 3. Jg. (2013), Nr. 2, S. 79-89; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/basaglia-aktuell.pdf
- ¹⁵ David Webb: »Bitte tun Sie sich nichts an«, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen - Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 161 (E-Book 2013)
- ¹⁶ Siehe Theodor Itten: »Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 250-262 (E-Book 2014)
- ¹⁷ Siehe »Modelle professioneller Unterstützung«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 150-262 (E-Book 2014)
- ¹⁸ Siehe Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.: »Wohin in der Krise? Wohin nach der Psychiatrie?«, elektronische Ressource www.bpe-online.de/verband/akzeptabel/krise_stat.htm vom 26. November 2013
- ¹⁹ Siehe Franz-Josef Wagner: »Vorteile Persönlicher Budgets – Erfahrungsbericht«, Vortrag bei der Tagung »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«, veranstaltet von der Aktion Psychisch Kranke e.V. am 3.-4. November 2008 in Kassel; im Internet unter www.lvpe-rlp.de/vorteile-pers%C3%B6nlicher-budgets-%E2%80%93-erfahrungsbericht
- ²⁰ Siehe Peter Lehmann / Peter Stastny / Don Weitz: »Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie – Psychiatrie, Gemeindepsychiatrie, Antipsychiatrie, Nichtpsychiatrie«, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1993, S. 449-482; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/ausstieg.htm
- ²¹ Harald Neumann: »Bemerkungen eines Krankenhauspsychiaters zur Dauermedikation schizophrener Kranker«, in: *Medicina experimentalis*, Band 5 (1961), S. 328f.
- ²² Siehe Peter Lehmann: Vorwort zur 4. Auflage, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen - Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 17-19 (E-Book 2013); im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#4
- ²³ Asmus Finzen: »Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht«, Abstract zu: Asmus Finzen / Peter Lehmann: »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, Symposium, Vorveranstaltung zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (»Sozialpsychiatrische Grundhaltung: für Selbstbestimmung und die Vermeidung von Zwang«), Bremen, 13. November 2014; in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014, Nr. 3, S. 6; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.3.6-7.pdf
- ²⁴ Siehe Peter Lehmann: »Facebook friends and other enemies«, in: *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, Vol. 14 (2014), Nr. 1, S. 37-43; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/facebookfriends.pdf
- ²⁵ Siehe Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener / Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener / Irren-Offensive / Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg / Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg / Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Hessen et al. (Hg.): »Patientenverfügung (gemäß § 1901a BGB)«, elektronische Ressource www.patverfue.de/media/PatVerfue_neu.pdf vom 3. Oktober 2014
- ²⁶ Siehe Rolf Marschner: »Verbindlichkeit und notwendiger Inhalt von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der Psychiatrie«, in: *Recht und Psychiatrie*, 18. Jg. (2000), S. 161; und Rainer Stötter: »Crashkurs Patientenverfügung«, in: *ThuLPE – Zeitung des Thüringer Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.*, Ausgabe 1/2012, S. 15-19
- ²⁷ Siehe Peter Lehmann: »Vorausverfügungen«, elektronische Ressource www.antipsychiatrieverlag.de/info/voraus.htm vom 3. Oktober 2014
- ²⁸ Siehe Peter Lehmann: »Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise – Was Psychiatriebetroffene tun können, um in psychosozialen Krisensituationen ihr Selbstbestimmungsrecht zu bewahren«, in: *Psychosoziale Umschau*, 29. Jg. (2014), Nr. 2, S. 45-46; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/krise-psu.pdf
- ²⁹ Siehe Peter Bieri: »Wir wollen wir leben«, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 2013, S. 9
- ³⁰ Rolf Marschner: »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin Aichele / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht - Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013, S. 208
- ³¹ Siehe Laura Ziegler: »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – Die Rechte eines Flohs«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 331-343 (E-Book 2014)
- ³² Siehe Claus Füsseck / Gottlob Schober: »Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte«, München: Droemer Knauer Verlag 2013
- ³³ Siehe AG »Selbst-CheckerInnen« im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener: »Selbst-Checken: Geht es wieder rund?«, in: Andreas Knuf / Anke Gartelmann (Hg.): »Bevor die Stimmen wieder kommen - Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen«, Bonn: Balance Buch und Medien Verlag, 2. Auflage 2010, S. 168-177; und Miriam Krücke: »Vorausverfügungen – Ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 99-106 (E-Book 2014)