

Psychiatrischer Glaube, Behandlungsmethoden und Konsequenzen

Peter Lehmann, FRG

1. Psychiatrische Behandlungsmethoden

Über die Schädlichkeit psychiatrischer Maßnahmen wie Elektroschock und psychiatrische Psychopharmaka, speziell Neuroleptika, liegt mittlerweile eine Vielzahl eindeutiger Literatur vor; MedizinerInnen, PsychiaterInnen und Betroffene schreiben von schweren körperlichen, geistigen und psychischen Folgeschäden sowohl der Elektrokrampf-‘Therapie’ als auch der Neuroleptika. Mit diesen ‘antipsychotischen Medikamenten’ behandelt werden ca. 95% der psychiatrisch Untergebrachten sowie in steigender Zahl in Altenheimen Menschen mit störender und unbequemer Lebens- und Sinnesweise.

a) Psychiatrische Psychopharmaka

In meinem Buch »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen« (3. Aufl. 1993) stellte ich psychiatrische Publikationen über die Behandlung mit Neuroleptika zusammen. Deren Wirkungsweise wird – von den Psychiatern selbst – charakterisiert als (Lebensvorgänge hemmende) Verringerung der Sauerstoffaufnahme des Hirngewebes, als Beeinträchtigung der Hirnanhangdrüse und somit des gesamten Hormonsystems, als künstliche Herstellung einer Parkinsonkrankheit (aufgrund der Blockade des Dopamin-Stoffwechsels) sowie eines hirnlokalen Psychosyndroms. Klaus Dörner, einer der Chefideologen der internationalen Sozialpsychiatrie, lehrt den Elektroschock, eine andere zeitgemäße Form psychiatrischer Behandlung:

Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmako-Therapie.

Die anhand psychiatrischer Veröffentlichungen und Herstellerinformationen gemachten Angaben zu den schädlichen Auswirkungen (‘Neben’-Wirkungen) der Neuroleptika lassen sich wie folgt zusammenfassen: Durchschnittlich 90% aller Behandelten leiden unter atrophischen, d.h. eine Schrumpfung des Gehirns beinhaltenden Zuständen; 90% Bewegungstörungen, häufig irreversibler Art; 30% Fieberanfälle; bis zu 100% krankhafte EKG-Veränderungen; 50% Zahnfleischentzündungen, oft mit Zahnausfall verbunden; (bei fortdauernder Be-

handlung) 80% Lebererkrankungen; 40% Diabetes; 43% Fettleibigkeit. Weiter sind zu nennen: Sterilität, Ausbleiben der Menstruation, Impotenz; Farbstoffablagerungen im Auge und im Herzmuskel; signifikant erhöhte Zahl von Chromosomenbrüchen und -rissen, die zu Mutationen führen; seelische Abstumpfung – »Zombie-Effekt«, Willenlosigkeit, Verzweiflungszustände mit Selbsttötungsgefahr, Verwirrtheit und Delir. In den USA müssen seit September 1978 Informationszettel über Neuroleptika einen Warnhinweis erhalten, daß diese bei Nagetieren Neoplasmen (Geschwulstbildungen), die in Krebs übergehen können, in den Brustdrüsen hervorrufen können, wenn sie langfristig in der Dosierung verabreicht werden, die heute in der Dauerbehandlung üblich ist; im deutschen Sprachraum, vermutlich in ganz Europa, wird diese Information den Betroffenen vorenthalten. An einer anderen Schädigung, an Neuroleptika-bedingter tardiver Dyskinesie (einer weitstanzförmigen oder dystonischen irreversiblen, d.h. nicht behandelbaren Muskelerkrankung) litten nach Berechnungen des englischen Psychologen David Hill 1985 weltweit bereits 38,5 Millionen Menschen; 1992 spricht er bereits von 86 Millionen Betroffenen weltweit. Die Behandlungsschäden ziehen als Folgebehandlungsmethoden erhöhte Neuroleptika-Dosierungen nach sich, Elektroschocks, hirnchirurgische Eingriffe oder die Verabreichung noch giftigerer Mittel, wie z.B. des Botulinum Toxin Typ A, der giftigsten bekannten Substanz, die neuerdings zur Unterdrückung dystonischer Schäden eingesetzt wird.

Alle bekanntgewordenen Neuroleptika-Schäden einschließlich tödlicher Komplikationen treten bei allen Neuroleptika auf, auch den sogenannten schwachpotenten, auch schon nach kurzer Dauer, auch bei geringer Dosis. Zu warnen ist vor der gefährlichen Illusion, es gebe einen prinzipiellen Unterschied zwischen gefährlichen und ungefährlichen Verabreichungsmengen. Helmchen, Psychiater aus Berlin, beschreibt einen Erstickungsanfall unter Tonoquil, der in einer Vielzahl von Fällen tödlich endet. Tonoquil ist ein Misch-Psychopharmakon, das u.a. das Neuroleptikum Thiopropazat enthält:

In der Berliner Klinik trat bei einem Staatsexamenskandidaten in der Prüfungssituation ein Zungenschlundsyndrom auf. Nach genauem Befragen war herauszufinden, daß der Betreffende eine Tablette Tonoquil eingenommen hatte; hier scheint die These, daß Minidosen völlig unschädlich seien, doch widerlegt.

Zuletzt will ich hervorheben, daß Neuroleptika den Behandelten bleibende Nervenerkrankungen einbringen können, die sie erst richtig verrückt machen. Wie Laborversuche der Forschergruppe um Angus Mackay in Schottland zutage brachten, können Neuroleptika zu einer spezifischen Veränderung des Nervensystems führen, nämlich zu einer unnatürlichen Erhöhung der Zahl der Rezeptoren, d.h. der Empfangsstellen für die Nervenimpuls-Überträgerstoffe an den Nervenspalten, und damit zu ‘Schizophrenie’-artigen Zuständen, auch wenn der Behandlungsgrund keine psychiatrische Diagnose war. Der schwedische Arzt Lars Martensson setzt deshalb die Neuroleptika-Behandlung mit dem Einbau künstlich psychotisch machender Substanzen gleich. Alle Erfahrungen mit psychiatrischer Langzeitbehandlung gehen in dieselbe Richtung. Die Erstbehandlung ist es, die unbedingt zu verhindern ist, da sie, wie dies auch bei harten Drogen der Fall ist, die Weichen zur Abhängigkeit vom psychiatrischen System stellt, der psychiatrischen Industrie bleibenden Absatz verspricht. Dabei spielt

es keinerlei Rolle, ob die Anbehandlung, so der psychiatrische Fachbegriff, ohne spezielle Nötigung oder gewaltsam stattfindet.

Die vegetativen, psychischen und geistigen Schäden der Neuroleptika entsprechen denen der Antidepressiva und des Lithium weitgehend. Auch die neueren sogenannten atypischen Neuroleptika wie Risperidon oder Clozapin treten unangenehm durch ihre vegetativen Schäden und insbesondere durch ihr abhängigkeitsförderndes Potential in Erscheinung.

Das Positive an psychiatrischen Psychopharmaka

Sie können beruhigen, geradezu apathisch machen, was manchmal als hilfreich empfunden wird; störende Gefühle und Wahrnehmungen belasten nicht mehr so stark; Stimmen, die man hört, werden leiser, treten in ihrer Bedrohlichkeit zurück oder verstummen; man kann sich besser an das normale Leben anpassen, von Einbußen der Erlebnisfähigkeit abgesehen.

b) E-Schock

Vor der hirnschädigenden Wirkung des Elektroschocks warnten u.a. der amerikanische Neurologe John Friedberg und sein Landsmann, der Psychiater Peter Breggin. Dieser stellte die Zerstörungen der Nervenzellen in den Mittelpunkt seiner Kritik; die Schäden kommen durch die epileptischen (Grand mal-) Anfälle zustande, ausgelöst durch die Stromstöße, die durch das Gehirn gejagt werden. Wie der Elektroschock wirkt, sprach Peter Breggin bei einer Anhörung in den USA aus:

Was wir machen ist folgendes: Wir fügen Menschen in seelischen Krisen eine innere Kopfverletzung zu – eine innere Kopfverletzung

(...) Es handelt sich um eine durch Elektrizität verursachte innere Kopfverletzung.

Also, da mindestens eine, mindestens eine der Elektroden immer über dem Frontallappen (*dem Vorderhirn*) angesetzt wird, handelt es sich nicht nur um eine durch elektrischen Strom verursachte Kopfverletzung. *Es ist Lobotomie (Durchtrennung von Vorderhirn-Nervenbahnen)!* Denn es ist das Vorderhirn, durch das wir ziemlich viel Strom jagen. Das Vorderhirn liegt im Stirnbereich, es stellt den Höhepunkt der menschlichen Evolution dar, es ist der Teil des Gehirns, der uns lieben und hassen oder deprimiert sein läßt, ein seelisch-psychologischer Zustand, unter dem eine ältere Frau häufig leidet – ohne Freundinnen, Freunde und sonstige Menschen, denen sie ihre Liebe schenken könnte, ohne gute körperliche Verfassung. Ein Vorderhirnschaden verhindert den *Prozeß* der Entwicklung von starken Gefühlen, Vernunft und Anteilnahme.

John Friedberg ist – wie auch ich – Experte auf diesem Gebiet, der Neuropathologie der Hirnschädigung. Friedberg hielt 1985 auf der Konsensus-Konferenz des NIMH (*Nationales Institut für psychische Gesundheit*) einen ausführlichen Vortrag über Hirnschädigung durch Elektroschocks. Wir wissen genau, was der Schock bewirkt, wenn er durch die Blutgefäße geht, ins Gewebe übergeht, Blutungen verursacht und Zellen abtötet.

Bereits die Frage »Verursachen Elektroschocks Hirnschädigungen?« ist eine unlautere Frage, denn *wir wissen, daß Elektroschocks eine Hirnschädigung verursachen, daß jeder einzelne Patient, jede einzelne Patientin nach einer Elektroschockserie ein hirnorganisches Psychosyndrom aufweist, mit Verwirrtheit, Desorientierung, Stimmungsschwankungen, Verlust der Entscheidungsfähigkeit. (...) Also, was passiert mit den Patientinnen und Patienten, die ein hirnorganisches Psychosyndrom haben? Ihre Gehirne reagieren nur noch auf zweierlei Art und Weise. Sie können das auf jeder Party beobachten, wo Leute sind, die zuviel trinken. Aus der Beeinträchtigung der Hirnfunktion folgt entweder Apathie oder Euphorie. Nachdem ich in Gerichtsprozessen Dutzende von medizinischen Berichten über Patientinnen und Patienten studiert habe, denen man Elektroschocks verabreichte... nachdem ich, was ich bereue, an der Harvard-Universität während der Ausbildung meine eigenen Patientinnen und Patienten elektroschockt habe... nachdem ich die Patientinnen und Patienten sowie ihre Akten in meiner eigenen Praxis gesehen habe, kann ich mit Bestimmtheit sagen: Das Heilmittel ist die Schädigung! (...) Aus Folgestudien – erstellt von Elektroschock-Anwendern selbst oder ihren Fürsprechern – geht hervor, daß 30 bis 50% der Betroffenen äußern, ihr Erinnerungsvermögen habe sich nicht wieder normalisiert. Es ist sogar noch viel schlimmer. Neun von zehn Menschen mit Hirnschädigungen werden Ihnen erzählen, daß es ihnen gut geht. Stellen Sie sich einen Alkoholisierten auf der Party vor. Sagt er etwa: »Ich kann nicht autofahren«? Er wird Ihnen weismachen wollen, daß er besser denn je fahren kann! Diese Reaktion tritt grundsätzlich auf, wenn das Gehirn eines Menschen auf diese Art gestört ist; der erste Reflex läßt sie sagen: »Mir geht's prima!«*

Aber insgeheim kennen wir Psychiater natürlich die Wahrheit. Eine Kommission der APA (*American Psychiatric Association; US-amerikanische Standesorganisation der Psychiater*) führte 1978 unter amerikanischen Psychiatern eine anonyme repräsentative Umfrage durch. (Sie finden sie in dem Kommissionsbericht aus dem Jahr 1978.) 41% der Befragten gaben an, daß der Elektroschock zumindest unterschwellige Hirnschädigungen verursache. Mehr wurde nicht gefragt, die Psychiater mußten also nur die eine Frage nach unterschweligen Schäden beantworten. 40% antworteten mit »Ja«, nur 26% mit »Nein«.

Über die Schädlichkeit von Elektroschocks gibt es auch in neuerer Zeit einige englischsprachige Veröffentlichungen:

- Leonard R. Frank: »Electroshock: death, brain damage, memory loss, and brainwashing«, in: *Journal of Mind and Behavior*, Vol. 11 (1990), Nr. 3/4, S. 489 – 502
- Robert F. Morgan (Hg.): »Electroshock: The Case Against«, 2. Auflage, Toronto/Ontario: IPI Publishing Ltd. 1991 (exzellente und aktualisierte Sammlung von 5 Artikeln, die der US-amerikanische Psychologe und Bürgerrechtler Robert Morgan neu herausgegeben hat. Die Artikel: Berton Roueché, »As Empty as Eve«; Robert F. Morgan: »Shock Treatment I: Resistance in the 1960s«; John M. Friedberg: »Shock Treatment II: Resistance in the 1970s«; Peter R. Breggin: »Shock Treatment III: Resistance in the 1980s«; Leonard R. Frank: »Shock Treatment IV: Resistance in the 1990s«

- »Electroshock is a crime against the spirit«, in: Stuart A. Kirk / Susan D. Einbinder (Hg.): »Controversial issues in mental health«, Boston/London/Toronto usw.: Allyn & Bacon 1994, S. 132 – 137 u. 143 – 145.

Das Positive an E-Schocks

Wie Breggin darlegte, ist es der vorübergehende Stimmungsumschwung, die Euphorie, die Auslöschung unangenehmer Erinnerungen und Gefühle.

2. Psychiatrische Diagnose der psychischen Krankheit

a) Kritik am Krankheitsbegriff

Affektive Störung, Depression, Schizophrenie, Hyperaktivität usw. sind schlichtweg Glaubenskonstrukte, soziale und moralische Urteile und verstellen den Blick auf die vielfältigen Lebensprobleme, die sich hinter diesen Begriffen verstecken. Abertausende von Büchern über dieses Thema zeugen zwar von reger Tätigkeit, sind aber kein Nachweis der Existenz der behaupteten Geisteskrankheit. Auch der feste Glaube an das Vorhandensein von psychischen Krankheiten wie z.B. Schizophrenie mit kategorisierbarer Ursache, definierbarem Verlauf und rationaler Prognose vermag diese Konstrukte nicht real werden zu lassen, ebenso wenig das Auftreten psychischer Veränderungen bei medizinischen Erkrankungen und Störungen, die in den Fachbereich der Neurologie fallen (und von Psychiatern im konkreten Fall oft genug übersehen werden). Die psychiatrischen Anstrengungen zur Beschreibung, Erkennung und Unterteilung von psychischen Krankheiten erinnern stattdessen an die mittelalterliche Praxis, durch fortwährende Beschwörungen als existente Wesen apostrophierte Teufel in allen Klassifikationsformen real werden zu lassen. Thomas Szasz, Psychiater, hat in seinem Klassiker »Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie« die psychiatrische Theorie der Schizophrenie eindrucksvoll und unwiderlegt als größten wissenschaftlichen Skandal dieses Jahrhunderts bloßgelegt.

Kritik am psychiatrischen Glauben

Nichsdestotrotz versucht die internationale Psychiaterschaft, zur Übertünchung ihrer fehlenden wissenschaftlichen Existenzberechtigung sich auf gemeinsame Sprachformeln zu verständigen (z.B. DSM-III und DSM-III-R), die Störenfriede und lästige Zeitgenossen ohne Analyse von Biographie und sozialer Interaktion scheinbar in die Raster einer biologischen Diagnostik einpassen lassen. Welche Verrücktheiten es sind, die man unter bestimmten (Macht-)Verhältnissen als Symptome sogenannter psychischer Krankheiten interpretiert, läßt sich anhand psychiatrischer Fallbeispiele analysieren. Es handelt sich um Feinfühligkeit, Gefühlsveränderungen und -schwankungen, Erregung, Lust, Liebe, Ärger, Wut, Zorn, Haß, Stärke- und Selbstwertgefühle, Euphorie, Ekstase, Wirklichkeitsge-

fühle, Begeisterungsfähigkeit, Inspiration, Klarsicht, Phantasie, Unwohlsein, Unzufriedenheit, Ratlosigkeit, Trauer, Verzweiflung, Angst, Mißtrauen, Leidenschaft(en), Anpassungsunfähigkeit, Obrigkeitwidrigkeit, Querulanz, Eigenart.

Die dem psychiatrischen Krankheitsglauben zugrundeliegenden Annahmen sind die Existenz angeborener, erworbener oder ererbter Stoffwechselstörungen. Diese Theorie ist auch Kernpunkt der sogenannten multifaktoriellen Begründungen sogenannter psychischer Krankheiten. Es gibt noch unübersehbar viele psychologische Theorien; aber egal wie im Einzelfall die Behandlung theoretisch begründet wird, die Behandlung läuft immer auf eine primär biologische hinaus: psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks. Diese körperlich wirkenden und psychisch und geistig einschränkenden Behandlungsmethoden relativieren alle übrigen psychosozialen Maßnahmen.

3. Grundtendenzen der Einschätzung

Das bisher Gesagte entstammt meiner Anschauung. Ich gehe davon aus, daß hierzu viele abweichende Meinungen unter Psychiatrie-Betroffenen existieren. Letztlich stehen sich 2 Positionen gegenüber, zumindest theoretisch.

a) Prinzipielles Einverständnis mit psychiatrischen Methoden

Dieses prinzipielle Einverständnis mit einer psychiatrischen Behandlungsmethode kann aus vielen Motiven erfolgen: aus unbekanntem Motiven; weil in einer Zwangslage kein anderes erfolgversprechendes Verfahren vorhanden war oder schien; weil ein Psychiater oder ein sonstiger psychiatrischer Bediensteter in irgendeiner Weise Hilfe leistete; weil das psychiatrische Behandlungsmittel bequem zu erreichen war; weil es schnell wirksam entlastete, zumindest vorübergehend, u.v.m.

Konsequenz einer solchen Erfahrung ist eine reformpsychiatrische Haltung, die Forderung nach besseren psychiatrischen Psychopharmaka, einem besseren psychiatrischen Netz, mehr Verständnis und Gesprächen von Seiten der Psychiater, die Kooperation mit ihnen, die Annahme des Krankheitsbegriffs, der Patientenrolle, des Nutzerbegriffs.

b) Prinzipielle Ablehnung psychiatrischer Methoden

Die prinzipielle Ablehnung kann zurückgehen auf die schlechte Erfahrung mit der Psychiatrie: den Zwang, die fehlende Aufklärung trotz Wissens der Psychiater von den Schäden, die schädliche Behandlung, erfahrene Diskriminierung,

die theoretische Auseinandersetzung mit der Psychiatrie, das Betrachten der rauen Anstaltswirklichkeit oder schlechte familiäre Erfahrungen. Konsequenz ist eine antipsychiatrische Haltung (»Geld & Rechte«), das Eintreten für autonome oder nutzerkontrollierte Alternativen zur Psychiatrie, für Selbsthilfe, Umstrukturierung der Finanzmittel (weg von der Psychiatrie, hin zu organisierten Psychiatrie-Betroffenen), gesetzliche Gleichstellung mit (medizinisch) Kranken und Gesunden, Rechtsschutz (Psychiatrisches Testament, Aufklärung, Schadenersatz), freie Arzt- und Therapeutenwahl, die Benutzung des Opfer- oder Überlebenden-Begriffs.

4. Konsequenzen für Psychiatrie-Betroffene

Wichtiger als die Teilnahme am Glaubensstreit um die Existenz der psychiatrischer Krankheiten wie Schizophrenie sind, angesichts psychiatrischer Bedrohung in Form von Zwangsunterbringung sowie Zwangsverabreichung von Elektroschocks und neurotoxischen Psychodrogen, Rechtsschutz und Selbsthilfe in Freiheit und Selbstverantwortung. Die Abkehr vom Glauben an psychiatrische Krankheiten wie Schizophrenie ist die Voraussetzung, Verrücktheit als Möglichkeit angemessener Verarbeitung normaler Wirklichkeit zu erkennen und die Lösung realer und existentieller Probleme anzupacken. Um die aus unterschiedlichen Erfahrungen folgende Gefahr der politischen Spaltung zu überwinden, ist es wichtig, gemeinsam zu handeln, gegenseitige Kränkungen zu vermeiden, sich auf gemeinsame Grundinteressen zu verständigen.

a) Gemeinsames Vorgehen

Eine immer wieder auftretende gegenseitige Kränkung ist die Definition der Gesamtheit der aktiven Psychiatrie-Betroffenen nach eigenem Gutdünken. Unangenehmes Beispiel ist die Verwendung des Nutzerbegriffs für das Europäische Netzwerk; dabei gibt es schon seit Jahren immer wieder Protest derjenigen Aktiven, zu denen auch ich gehöre, die erläutern, wie zynisch es ist, von Psychiatern mißbrauchte Menschen als Nutzer zu bezeichnen; ich spreche von einem Mißbrauch, der z.B. im Vollzug von Elektroschockserien bestand oder aus dem Zusammenspritzen mit Neuroleptika unter Inkaufnahme möglicher tödlicher Folgen. Warum tun sie das? Eine erster Schritt, mit diesem Unsinn endlich aufzuhören, ist die Verabschiedung eines für alle tragfähigen Namens, z.B. Europäisches Netzwerk der Nutzer, Opfer und Überlebenden der Psychiatrie. Dies könnte für die Zukunft das gegenseitige Verständnis verbessern.

Der direkte Bezug auf die Menschenrechte scheint mir die Grundlage einer gemeinsamen Interessens- und Handlungsrichtung zu sein. So wie Menschenrechte direkt und absolut gelten (sollten), bilden sie auch direkt den klarsten

Orientierungspunkt einer gemeinsamen Interessensbestimmung über nationale und ideologische Grenzen und Irritationen hinweg. Was das Thema psychiatrische Behandlungsmethoden betrifft, scheinen mir am wichtigsten:

- *Recht auf körperliche Unversehrtheit*
Zwangsbehandlung nur bei vorheriger Verfügung
Aufklärung & informierte Zustimmung
Verbot schädlicher Maßnahmen (bei nachgewiesenen Hirn- oder genetischen Schäden, bei Tumorverdacht)
Schmerzensgeld und zivil- und strafrechtliche Bestrafung von Psychiatern
- *Recht auf medizinische, therapeutische und soziale Hilfe*
Entwicklung harmloser Maßnahmen sowie lindernder Mittel bei gesetzten Schäden
Durchsetzung von Psychotherapierechten: Pflicht zur Offenlegung der Vorstellungen über psychische Krankheiten wie Schizophrenie, zur Ermunterung der Klientel, sich neben der Therapie [und auch über diese] in Gruppen auszutauschen, zur gemeinsamen Klärung vor Therapiebeginn, welchen Einsatz TherapeutInnen im Krisenfall leisten sollen und können)
- *Recht auf Selbstbestimmung und Selbstentfaltung*
Schutz vor psychiatrischen Nachstellungen
eigene Definitionsgewalt, Recht auf Akteneinsicht, -herausgabe, -korrektur
Finanzierung von Selbsthilfe und Alternativen
Wahlmöglichkeiten
- *Recht auf Selbstorganisation und Selbstvertretung der Interessen*
Geld für Selbsthilfe und nutzerkontrollierte Projekte
'Patienten'-Räte

b) Anknüpfen an (Teil-)Erfolge gegen psychiatrische Behandlungsmaßnahmen

Elektroschock-Verbot

1982 stimmten die EinwohnerInnen der Stadt Berkeley, Kalifornien, für ein Verbot des Elektroschocks. 1986 wurde es vom bundesstaatlichen Appellationsgericht wieder aufgehoben; Grundlage für diesen Schritt war ein Landesgesetz, das die Behandlung psychiatrischer 'Patientinnen' und 'Patienten' regelt und Vorrang vor kommunalen Bestimmungen hat. Am 27. November 1990 wandte sich eine Gruppe von Betroffenen und Ärzten an das City Services Committee (*Ausschuß für kommunale Dienste*) der Stadt San Francisco, um die Möglichkeit zu prüfen, inwieweit das Verbot dieser psychiatrischer Behandlungsmethode wiederhergestellt werden kann. *Peer Advocate* dokumentierte Peter Breggins Stellungnahme bei dieser Anhörung.

Ein erneuter Versuch, den E-Schock verbieten zu lassen, schlug 1985 in Toronto/Kanada fehl, nachdem es zuerst E-Schock-GegnerInnen im Umfeld der ortsansässigen antipsychiatrischen Zeitschrift *Phoenix Rising* gelungen war, die Errichtung einer ExpertInnen-Kommission durchzusetzen, die die Verbotsfor-

derung prüfen solle. Ergebnis war schließlich ein 200-seitiger Report, in dem die sogenannten ExpertInnen, hauptsächlich MedizinerInnen und PsychiaterInnen, dem E-Schock zubilligten, eine medizinische Behandlung darzustellen, von der solche Menschen profitieren könnten, die unter bestimmten psychischen Störungen litten und bei denen keine andere Behandlung helfe. Voraussetzung für den Vollzug des E-Schocks seien ein high-tech-Standard, eine freie Zustimmung (hilfweise die Zustimmung eines unparteiischen Tribunals, gegen dessen Entscheidung auch das Gericht anzurufen sei) und eine standardisierte Aufklärung über das E-Schock-Verfahren seitens der Anstalt.

Wirksamer als inhaltliche Einwände könnte derzeit der Aufbau verwaltungstechnischer Hürden sein. Daß verwaltungstechnische Maßnahmen sehr wohl gegen E-Schocks wirken können, zeigt die Praxis im US-Bundesstaat Alabama: Ein Bundesgericht hatte 1973 im Fall Wyatt gegen Stickney entschieden, daß der E-Schock eine außergewöhnliche und riskante Behandlungsmaßnahme darstelle, die nur vollzogen werden dürfe, wenn zugestimmt hätten: 1. die aufgeklärten Patienten, 2. der (die Indikation stellende) Psychiater, 3. ein weiterer Psychiater, 4. der Medizinische Direktor der Anstalt und ein Extraordinary Treatment Committee, welches durch das Gericht eingesetzt wird. Dieses Komitee wird gebildet durch 5. einen vierten Psychiater, 6. einen Neurologen und 7. einen Anwalt. Weiterhin ist 8. noch ein Anwalt beteiligt, der den Betroffenen vertritt. Bei angenommener Urteilsunfähigkeit des Betroffenen, der also nicht rechtsgültig der Behandlung zustimmen könnte, ist der E-Schock nur nach Gerichtsurteil möglich. Die Schweizer Psychiaterin Cécile Ernst schreibt über die Alabama-Praxis, daß »diese geradezu absurde Komplikation der Behandlung« dazu geführt habe, daß vom E-Schock in Alabama seit dem Gerichtsentcheid kein Gebrauch mehr gemacht worden sei.

Schadenersatzprozesse wegen E-Schock- und Neuroleptika-Schäden

Schadenersatzprozesse, wie sie in den USA üblich sind, mitunter mit Erfolg, wären auch in Europa wünschenswert.

Beispiel 1: Marilyn Rice (Arlington, Virginia) klagt auf 150 Millionen US-\$ Schadenersatz wegen E-Schock-bedingter Gedächtnisstörungen. Meist ist in solchen Fällen Peter Breggin Gutachter.

Beispiel 2: Wie die Washington Post am 9.4.1972, S. B3, meldete, wurde die Herstellerfirma Smith, Kline und French zu jenem Zeitpunkt von mindestens 3 Betroffenen wegen Neuroleptika-Schäden (tardiven Dyskinesien) verklagt, Grund: mangelnde Aufklärung. 1. Ein Fall in Arkansas, als ein Kind wegen Übelkeit Chlorperazin (Compazine) erhalten und daraufhin epileptische Anfälle und bleibende Hirnschäden entwickelt hatte, endete 1970 mit einem Vergleich über 190.000 US-\$. 2. Dolores Lesser, eine 33jährige Frau, erhielt im April 1971 von SKF 180.000 US-\$, nachdem niedrigdosiertes Trifluoperazin (Jatroneural, Stelazine) tardive Dystonien produziert hatte; das Geld zahlte SK & F und der behandelnde Psychiater je zur Hälfte. 3. Ein 16-jähriges Mädchen verklagte SKF und 4 Psychiater auf Zahlung von 2 Millionen US-\$, nachdem sie nach zweijähriger Anstaltsbehandlung mit Stelazine eine tardive Dyskinesie entwickelt hatte.

Beispiel 3: Am 12.6.89 wurde die 18. erfolgreiche Klage wegen tardiver

Dyskinesie entschieden, wonach James M. Angliss (Tacoma, Washington State) 600.000 US-\$ und seine Mutter wegen der damit verbundenen emotionalen Belastung 60.000 US-\$ zugesprochen bekamen, nachzulesen in *Dendron* (Eugene, Oregon), Juli 1989, Nr. 13, S. 3.

Mehr Information über juristische Erfolge wäre wünschenswert.

Diesseits des Atlantiks ist mit weit niedrigeren Summen zu rechnen. Derzeit werden in der Schweiz und in Deutschland Entschädigungsklagen gegen psychiatrisch Tätige wegen nachgewiesener 'ungerechtfertigter' Unterbringung und den damit verbundenen Behandlungsschäden, in einem Fall auch wegen gesunkener Lebenserwartung geführt.

Am günstigsten wären allerdings Schmerzensgeldklagen wegegn unterlassener oder ungenügender Aufklärung über Behandlungsrisiken speziell im Fall von tardiven Dyskinesien. Schlaue Psychiater kennen die Brisanz ihrer Fahrlässigkeit. Helmchen z.B. schlug 1981 in dem Buch »Psychiatrie und Rechtsstaat« zwar vor, beispielsweise »über das Risiko einer Späthyperkinese (*tardiven Dyskinesie*) spätestens zum Zeitpunkt ihrer beginnenden Manifestation (*Sichtbarwerdung*)« zu informieren, oder aber drei Monate oder ein Jahr nach Beginn der Behandlung, denn »vermutlich wäre die Ablehnungsrate sehr hoch, wenn alle akut schizophrenen Patienten über dieses Nebenwirkungsrisiko vor Beginn einer notwendigen neuroleptischen Behandlung informiert würden.«

Als Konsequenz aus der offenkundig schädigenden psychiatrischen Behandlung, zu der in aller Regel keine rechtswirksame Zustimmung infolge korrekter Aufklärung vorliegt, scheinen mir am meisten erfolgsversprechend auf dem Weg zu dem Recht auf körperliche Unversehrtheit zivilrechtliche Schmerzensgeldklagen zu sein. Deshalb wäre neben einem verstärkten Informationsfluß untereinander die Hinzuziehung einschlägig tätiger Juristen und Gutacher wünschenswert: in einer parallel wirkenden Arbeitsgruppe beim nächsten Europäischen Kongreß von Nutzern, Opfern und Überlebenden der Psychiatrie, in einer separaten AG oder im Rahmen eines anderen internationalen Kongresses.

Unterbindung der Zwangsbehandlung mit dem Psychiatrischen Testament

Am 6. Dezember 1989 erklärte der Psychiater Karl Kreuzberg öffentlich, es bestehe in seiner Anstalt

... zwischen Ärzten und Pflegepersonal Konsens, das Psychiatrische Testament zu respektieren. Er konnte berichten, daß von zwei eingewiesenen Patienten bekannt wurde, daß diese ein Psychiatrisches Testament hatten. In einem Fall wurde jedoch erst nach der Medikation bekannt, daß ein Psychiatrisches Testament existiert, im zweiten Fall war es rechtzeitig bekannt. Hier wurde auf eine Medikation verzichtet...

Der dies sagte, trägt immerhin den Titel »Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Spandau, örtlicher Bereich Havelhöhe«; ich zitiere ihn, um die Premiere der offiziellen Anerkennung des Psychiatrischen Testaments durch einen Vertreter der institutionellen Psychiatrie wiederzugeben. Ein Verstoß gegen ein formell korrekt niedergelegtes Psychiatrisches Testament ist mir in Deutschland bisher nicht bekannt. Mittlerweile gibt es auch Standardformulare in der Schweiz und in Österreich.

Die Vorgeschichte:

1982 publizierte der Psychiater Thomas Szasz die Idee der Vorausverfügung für den Fall einer geplanten unfreiwilligen Behandlung in den USA. Ist diese Verfügung vorher im Zustand der nichtangezweifelten Normalität schriftlich niedergelegt, müßte sie in Anlehnung an die jeweiligen internationalen, nationalen und lokalen Gesetze rechtswirksam sein:

Gestaltet nach dem Modell des Letzten Willens und des Willens zu Lebzeiten sieht das 'Psychiatrische Testament' einen Mechanismus vor, bei dem Personen im Zustand der Rationalität und Normalität planen können, welche Behandlung sie für die Zukunft wünschen, sollten andere sie als verrückt oder krank betrachten. Bei Personen, die die Kraft einer Psychose fürchten und die sich, um sich vor der Psychose zu schützen, einsperren lassen wollen, könnte im 'Bedarfsfall' die Anwendung psychiatrischer Zwangsmaßnahmen ein Psychiatrisches Testament zum Tragen kommen lassen, das sich in Übereinstimmung mit der Glaubenshaltung dieser Personen befindet. Bei Personen, die die Gewalt der Psychiatrie fürchten und die, um sich vor der Psychiatrie zu schützen, das Recht verlangen, diese zurückzuweisen, könnte – unbeschadet der 'Notwendigkeit' – die Anwendung psychiatrischer Zwangsmaßnahmen ebenfalls ein Psychiatrisches Testament zum Tragen kommen lassen, das sich mit der Überzeugung der Betroffenen deckt. Auf diese Weise würde niemand, der an psychiatrischen Schutz glaubt, dessen vermeintlicher Wohltaten beraubt, während niemand, der nicht an die Psychiatrie glaubt, gegen ihren oder seinen Willen deren Anspruch und Praktiken unterworfen würde.

Szasz schickte seinen Artikel einer Berliner Organisation von Psychiatrie-Betroffenen zur Publikation in deutscher Sprache. Deren Mitglieder übersetzten den Text jedoch nicht nur, sondern entwickelten gemeinsam mit dem Rechts-

anwalt Hubertus Rolshoven eine Mustererklärung, die als Grundlage der eigenen Willenserklärung dient.

Im englischen Original hatte Szasz den Begriff »psychiatric will« verwendet, dessen wörtliche Übersetzung (»psychiatrischer Wille«) jedoch zu dem Fehlschluß verleiten könnte, es handle sich um den Willen eines Psychiaters. Tatsächlich hatten in der Vergangenheit Psychiater immer wieder die Idee ausgesprochen, sich von zukünftigen Behandlungs-Kandidaten und -Kandidatinnen bereits im voraus alle möglichen Behandlungsvollmachten erteilen zu lassen.

Das Psychiatrische Testament, wie Szasz es begründete, kann nicht vor der Unterbringung an sich, vor Fesselung oder vor anderem demütigendem Umgang schützen. Kernpunkt des Psychiatrischen Testaments ist vielmehr das Recht auf körperliche Unversehrtheit, ein durch Menschenrechtsdeklarationen geschütztes Verfassungsrecht.

Da die antipsychiatrische Grundhaltung den freien Willen des Menschen respektiert, erlaubt die gegenwärtige Fassung des Psychiatrischen Testaments auch die Absicherung des Wunsches nach Behandlung mit zugelassenen psychiatrischen Methoden. In den USA wird diese liberale Form des Psychiatrischen Testaments, die dem in Berlin entwickelten inhaltlich völlig entspricht, in einem Artikel von Joseph Rogers und Benedict Centifanti (Schizophrenia Bulletin 1991, S. 9 – 14) als »Mill's Will« bezeichnet.