



Interview mit Peter Lehmann



Peter Lehmann ist seit Ende der 70er Jahre in der antipsychiatrischen Selbsthilfe aktiv. Gemeinsam mit anderen hat er das Berliner Weglaufhaus konzipiert und zu seiner Realisierung beigetragen. Er ist Sekretär und Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks Psychiatriebetroffener, Autor bzw. Herausgeber u.a. von: „Psychopharmaka absetzen“ (1998, 2002) und „Schöne neue Psychiatrie“ (1996) und Mitarbeiter des Vereins „Für alle Fälle“, der Fortbildungen für

Psychiatriebetroffene und deren UnterstützerInnen anbietet. Das Interview fand am 15. August 2003 in den Räumen des Antipsychiatrieverlags statt.

Der Bunte Spleen:

Hat sich aus Deiner Sicht etwas für die Betroffenen in der Psychiatrie verbessert?

Peter Lehmann:

Nein. Ich hatte ab 1979 einen Grundsatzprozess auf das Recht auf Akteneinsicht geführt. Nach wie vor gibt es für Psychiatriebetroffene kein Recht auf Akteneinsicht. Das zeigt, dass sich ihre Rechtlosigkeit nicht geändert hat, auch nicht die Feigheit der Psychiater. Im Gegenteil – noch nicht einmal, wenn jemand einen Schadensersatzprozess führen möchte, haben Betroffene oder ihre AnwältInnen ein Recht auf Akteneinsicht. Im Streitfall ist vorgesehen, dass es einen so genannten Unabhängigen gibt, der in die Akte reinschauen darf. Der soll dann dem eigenen Anwalt sagen, ob etwas in der Akte steht oder nicht. Das ist eine himmelschreiende Diskriminierung und rechtliche Ungleichbehandlung. Andererseits gibt es, im Gegensatz zu so genannten freiwillig Untergebrachte, für Zwangsuntergebrachte das Recht auf Akteneinsicht. Das sind zwei völlig unterschiedliche höchstrichterliche Rechtssprechungen. Bei einer so auseinander klaffenden Rechtssprechung müsste es

an sich – so ist es jedenfalls im Rechtsstaat vorgesehen – ein Konvergenzverfahren geben, das auf höchstrichterlicher Ebene eine einheitliche Rechtsposition schafft. Aber wir sind ja „nur“ Psychiatriebetroffene, da pfeift man gerne auf Rechtsstaatsprinzipien.

Doch auch andere Sachen haben sich nicht verbessert:

- Zwangsbehandlung ist immer noch Zwangsbehandlung. Die Leute werden fixiert und gegen ihren Willen gespritzt. Außerdem gibt es inzwischen richterliche Auflagen zur ambulanten Zwangsbehandlung, weil die Leute die Psychopharmaka nicht unbedingt weiterhin nehmen wollen, wenn sie entlassen sind.
- Frauen werden weiterhin gegen ihren Willen mit Psychopharmaka behandelt, auch wenn sie schwanger sind. Und das, obwohl bekannt ist, dass speziell in den ersten drei Monaten die Gefahr besteht, dass es dadurch zu Missbildungen des Kindes kommen kann.
- In Gefängnissen werden vermehrt Psychopharmaka eingesetzt.
- Alte Menschen bekommen vermehrt Psychopharmaka;



- Kinder erhalten speziell Aufputschmittel wie z.B. Ritalin, die bei Kindern paradox (d.h. entgegengesetzt) wirken.
- Elektroschocks werden wieder verstärkt angewendet: nicht weil es eine medizinische Indikation gibt, sondern weil sich psychopharmakabedingt die Sensibilität von Rezeptoren verändert und Selbstheilungskräfte chemisch unterdrückt werden. Es würde hier zu weit führen, das alles ausführlich zu erklären, es ist in meinem Buch „Schöne neue Psychiatrie“ ausführlich dargestellt. Infos darüber findet Ihr auf meiner Website: www.antipsychiatrieverlag.de. Auf jeden Fall kann es durch Neuroleptika oder Antidepressiva zu einer Chronifizierung der ursprünglichen Probleme kommen. Psychiater glauben dann, die diagnostizierte Krankheit habe sich chronifiziert. Da sie nur medizinische und keine psychotherapeutischen Mittel haben, fällt ihnen dann nur noch der besonders brutale Elektroschock ein.

Es gäbe noch mehr zu sagen: Es wird immer noch strukturell ohne ausreichende informierte Zustimmung behandelt. Die Verursachung von Selbsttötungen durch Neuroleptika wird nach wie vor tabuisiert. Es gibt keine institutionellen Hilfen für Menschen, die Neuroleptika oder Antidepressiva absetzen wollen. Wer sich ein wirklich gutes Bild über verschiedenste Psychiatrieentwicklungen, z. B. biologische, gemeindenahe oder psychologisch-daseinsanalytische Psychiatrie machen möchte, dem bzw. der empfehle ich das zauberhafte Buch von Kerstin Kempker, „Mitgift – Notizen vom Verschwinden“, meiner Meinung nach das aussagefähigste Buch über Psychiatrie überhaupt - darüber, wie man darin

untergehen kann und welche Heerscharen von Schutzengeln man braucht, um dieses krankmachende System systematischer Vorenthaltung von Hilfeleistung zu überleben.

Eine der wesentlichen Neuerungen sind die sogenannten atypischen Neuroleptika, die es seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts gibt und nun, wo neue Varianten entwickelt wurden, als der letzte Schrei gelten. Ihre Schädlichkeit ist auf den ersten Blick nicht mehr so gravierend, weil auf breiter Ebene die Rezeptoren unterdrückt werden. Das bedeutet, dass Störungen gleichzeitig produziert und deren Entäußerungen kaschiert werden. Psychiater wie Hans-Joachim Haase beurteilen die Leponex-ähnlichen Neuroleptika wie z.B. Zyprexa nicht als neu, sondern vergleichen deren Wirkung lediglich mit der Kombination aus typischen Neuroleptika wie z.B. Haldol und Antiparkinsonmitteln wie z.B. Akineton. Es sind schon eine Reihe gravierender Schäden von so genannten atypischen Neuroleptika bekannt geworden, wie chronische Muskelstörungen z.B. bei Risperdal. Einzelne Substanzen sind bereits wieder vom Markt genommen worden, z.B. wegen tödlicher Blutbildschäden.

Aber von Leponex abgesehen sind diese Mittel neu, und sie sind vor allem teuer. Die Patente bestehen, die Substanzen können sehr teuer verkauft werden und tragen ihren Teil dazu bei, dass die Gelder im Gesundheitswesen rar werden und speziell für Selbsthilfe überhaupt kein Geld da ist. Von der Chronifizierung psychischer Probleme durch unterlassene angemessene psychosoziale Hilfe, die Produktion körperlicher Langzeitschäden durch Psychopharmaka und horrenden Kosten durch Frühpensionierung und Betreuungsbedarf will ich an dieser Stelle gar



nicht reden. Für Deutschland ergibt sich im internationalen Vergleich eine extrem beschämende Situation der Selbsthilfe. Es gibt nahezu kein Geld oder höchstens Almosen im Vergleich zu den Milliarden die in der Gesundheitsindustrie verpulvert werden. Im Ausland, z.B. in Großbritannien, wird Selbsthilfe auf breiter Basis finanziell unterstützt, dort gibt es Betroffenenforschung, viele bezahlte Vollarbeitsplätze für Psychiatriebetroffene, deren Insiderwissen durch die Regierung anerkannt und genutzt wird.

Der Bunte Spleen:

Stichwort Behandlungsvereinbarung: Glaubst Du, dass die Betroffenen dadurch ein Mitspracherecht und damit Einflussmöglichkeiten auf ihre Behandlung erhalten?

Peter Lehmann:

Die Frage ist, wo haben sie Mitspracherecht? Haben sie ein Mitspracherecht, wenn neue Substanzen getestet und bewertet werden? Haben sie ein Mitbestimmungsrecht bei der eigenen Behandlung? Die Behandlungsvereinbarung ist rein rechtlich gesehen nur eine Goodwill-Erklärung der Beteiligten. Für den Fall, dass Betroffene in die Psychiatrie kommen und Psychiater mit ihrer Behandlung nicht warten wollen – und welcher tatkräftige Psychiater wartet gerne mit aufgezogener Spritze – , können Betroffene im voraus festlegen, ob sie zuerst fixiert und dann gespritzt und dann isoliert werden oder anders herum. Im Grunde ist das eine vauseilende Zustimmung zur Zwangsbehandlung und schwächt für einen möglichen Streitfall die Rechtsposition, die so wie so schon katastrophal ist. Die Behandlungsvereinbarung ist eigentlich nur für diejenigen sinnvoll, die Psychiatern vertrauen. Ich gehöre nicht dazu. Ur-

sprünglich sollte die Behandlungsvereinbarung „Behandlungsvertrag“ heißen. Als sich aber herausgestellt hatte, dass keinerlei Rechtswirksamkeit vorhanden ist, hat man das ganze, auch nach Einwänden des BPE, in „Vereinbarung“ umbenannt. In der ursprünglichen Form gab es eine einzige verpflichtende Erklärung der Psychiater, nämlich dass sich Anstaltssozialarbeiter um den Erhalt der Wohnung kümmern, sollte jemand in die Psychiatrie kommen. Dazu gab es ein Rechtsgutachten, wonach Regressansprüche drohen, sollten Sozialarbeiter nicht entsprechend einer solchen Vereinbarung tätig werden und die Wohnung futsch geht. Daraufhin wurde diese Passage wieder herausgenommen. Ich bevorzuge ein Psychiatrisches Testament, eine Willenserklärung, wo ich reinschreibe, was ich will. Ich will den Schutz meiner Menschenrechte, wie sie auch durch die Verfassung und durch die Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen geschützt sind – zumindest auf dem Papier. Ich will, dass mein Recht auf körperliche Unversehrtheit geschützt ist. Ich sehe bei Psychiatern im allgemeinen nicht, dass sie die Menschenrechte schützen, denn jede Behandlung ohne informierte Zustimmung ist – an sich – eine strafbare Körperverletzung. Ich möchte das Recht haben auf angemessene Hilfe, sollte ich Probleme haben und Hilfe wollen. Im allgemeinen sehen das andere Betroffene auch so. Wer im Fall des Falles zwangsbehandelt werden will, kann sich dies ja durch eine Vorausverfügung vorher wünschen. Dies ist im übrigen die Rechtslage in der Medizin, und wer immer von Gleichstellung von sogenannten psychisch Kranken redet, sollte sich zuerst einmal um eine rechtliche Gleichstellung kümmern. Aber mit medizinischen Mitteln lassen sich keine psy-



chischen Probleme sozialer Natur lösen, das kann vom Ansatz her nicht funktionieren. Da wünschte ich mir schon, dass Psychiater die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten sehen, ich weiß, es ist ein frommer Wunsch, oder vielleicht eher, dass Politiker das sehen und vorhandene Gelder umwidmen für Selbsthilfe Alternativen zur Psychiatrie und nicht-psychiatrische Hilfen. Zur Psychiatrieentwicklung der Zukunft gab es

1999 in Brüssel eine Konsensuskonferenz der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Kommission und verschiedener europäischer und nationaler Regierungen und Verbänden. Ich war als Vertreter des Europäischen Netzwerks Psychiatriebetroffener dabei.

Dort wurde beschlossen, dass in der Psychiatrieentwicklung verschiedene Punkte berücksichtigt werden sollen:

- Förderung von Selbsthilfe
- Entwicklung nichtpsychiatrischer Alternativen
- Stärkung der Menschenrechte durch Sicherstellung von Wahlmöglichkeiten.

Ich habe dieses Konsensuspapier von Brüssel ins Internet gestellt, Ihr findet es auf der Website des Europäischen Netzwerks www.enusp.org

Der Bunte Spleen:

Stichwort Empowerment: Was hältst Du davon?

Peter Lehmann:

Empowerment ist das Schlagwort, das die zentralen Interessen der Psychiatriebetroffenen, die mit der bestehenden Psychiatrie unzufrieden sind, am besten wiedergibt. Zu übersetzen ist »Empowerment« mit »

Selbstermächtigung«. Betroffene sollen die Kompetenz über ihr eigenes Leben erhalten oder wiedergewinnen. Es ist das Kriterium, das Psychiatriebetroffene weltweit anlegen, wenn sie alternative oder emanzipatorische psychosoziale Einrichtungen charakterisieren, seien es psychiatrische Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen. In Deutschland ist nicht nur der Begriff relativ fremd, sondern auch die Idee und speziell die Praxis. Zu-



meist geht es hierzulande lediglich um eine andere Behandlung, also immer noch um eine Subjekt-Objekt-Beziehung, um einen anderen Behandlungsort, um andere psychiatrische Psychopharmaka, um einen anderen Elektroschock

oder schlicht um die Forderung, mit Psychiatern an einem Tisch sitzen zu dürfen, wo sich dann, sobald geschehen, manch ein Betroffener einlullen lässt. Es gibt ja in allen Ländern Probleme, wenn sich Vertreter von Psychiatriebetroffenen mit nichtssagenden Zugeständnissen zufrieden geben und sich auf gleicher Augenhöhe mit Psychiatern wägen, wenn diese mal huldvoll auf ihre Katzentische herunterblicken. Durch die Schaffung einer eigenen Definitionshoheit wollen Sozialpsychiater das emanzipatorische Potential der Empowermentidee zunichte machen. Empowerment, so die Definition von Betroffenen selbst, bedeutet etwas ganz anderes. Empowerment heißt:

- Zugang zu Informationen und Finanzmitteln haben
- ein Spektrum an Wahlmöglichkeiten haben - nicht bloß ja oder nein
- das Gefühl haben, dass der oder die Einzelne etwas ändern kann
- mit der eigenen Stimme sprechen
- die eigene Identität neu und selbst



definieren

- die eigenen Möglichkeiten und die Entscheidungsmacht haben
- Verhältnis zu institutionalisierter Macht neu definieren
- begreifen, dass eine Einzelperson Rechte hat
- Wut lernen und lernen, ihr Ausdruck zu verleihen
- Veränderung bewirken, im persönlichen Bereich und in der Gemeinschaft
- ein positives Selbstbild entwickeln und Stigmata überwinden

Während einige Psychiatriebetroffene die Entmachtung, die der Empowerment-Idee vorausgeht, von vornherein ablehnen und deshalb auch sämtliche Konzepte der Wiederbemächtigung, versuchen sozialpsychiatrisch Tätige, sich der Idee zu bemächtigen, wobei sie Definitionen Psychiatriebetroffener zur Idee des Empowerments völlig verschweigen oder sie für ihre Zwecke uminterpretieren. „Geld und Rechte“, darauf kommt es an, daran misst sich ein echter Fortschritt. Dagegen ist alles andere nur Worte.

Der Bunte Spleen:

Wie könnte denn die psychiatrische Behandlung verbessert werden?

Peter Lehmann:

1995 befragte der BPE seine Mitglieder, wie ein veränderter psychosozialer Bereich aussehen soll. Der BPE unternahm für die Zeitschrift »Sozialpsychiatrische Informationen« eine Umfrage zur Qualität der psychiatrischen Behandlung und ihrer Einführung bzw. Verbesserung. Über 100 BPE-Mitglieder nahmen an der Umfrage teil. In den Antworten wurde der bestehenden Psychiatrie eine nahezu vernichtende Absage erteilt. Denn nur 10% der Antwortenden gaben an, dort Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiat-

risierung geführt hatten. Häufig kam es zur Verletzung der Menschenwürde. Es gab keine – wie rechtlich vorgeschrieben – umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken. Folgende grundlegende Kriterien müssten laut Aussagen von BPE-Mitgliedern erfüllt sein, um von einer qualitativ akzeptablen Psychiatrie sprechen zu können:

- Beachtung der Menschenwürde,
- Wärme und menschliche Zuwendung,
- individuelle Begleitung,
- angstfreies Vertrauensverhältnis.

Vieles an der Psychiatrie sei überflüssig: Für eine Reihe von Psychiatriebetroffenen ist die Psychiatrie samt Psychiatern insgesamt überflüssig. BPE-Mitglieder, die von einer Reformierbarkeit der Psychiatrie ausgingen, fanden folgende Faktoren überflüssig: Gewalt, den Einsatz von Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen, Elektroschocks, Fixierung. Überflüssig seien Ärzte, die besser über ihre Patienten Bescheid zu wissen glauben als diese selbst. Und Alternativen seien wichtig, um den Betroffenen Wahlmöglichkeiten zu geben. Was die Frage betrifft, wie diese Alternativen aussehen sollen, wurden unter anderem folgende Vorschläge und Ideen genannt: alternative Psychopharmaka, z.B. homöopathische Mittel, Selbsthilfe, Weglaufhäuser, Alternativen nach Mosher und Laing, weiche Zimmer à la Soteria.

Ich bin gespannt, was der Vorstand des BPE unternimmt, um – im Rahmen seiner Möglichkeiten – die Forderungen der Mitglieder des Verbands umzusetzen, auch und insbesondere die psychiatriekritischen.

Der Bunte Spleen:

Herzlichen Dank für das Gespräch.