



„Der Glaube, eine gleiche Diagnose mache uns zu Gleichen, ist völliger Quatsch!“

Unser Schirmherr Peter Lehmann ist Aktivist der humanistischen Antipsychiatrie, die er von der primitiven Antipsychiatrie unterscheidet. Er erklärt, warum Vertreter beider Gruppen nur gelegentlich gleiche Positionen vertreten. Außerdem gibt er BOP&P Tipps für mehr politische Aktivität. Im Gespräch mit *Martina Gauder* thematisiert der Autor und Verleger auch das Absetzen von Psychopharmaka, wieder aufgekommene Elektroschocks und Dresscodes in Selbsthilfegruppen.

WELTENwandel: Wie nimmst du das System „Psychiatrie“ in Berlin zur Zeit wahr?

Peter Lehmann: Den direkten Kontakt mit der Psychiatrie in Berlin habe ich nicht, sondern nur noch über Betroffene, die sich an mich wenden. Und da nehme ich die Psychiatrie in einer Weise wahr, dass sie systematisch Menschenrechte verletzt. Das heißt: Es findet keine Behandlung mit informierter Zustimmung statt. Generell. Ich mache ja auch Fortbildungen für Psychiatriepfleger und viele behaupten, in der Psychiatrie würde über allemöglichen Risiken aufgeklärt, auch über Vorsorgemaßnahmen und Warnsymptome für Schäden, die sich aufgrund der Psychopharmakaeinnahme entwickeln, zum Beispiel die Prolaktin-Erhöhung und damit verbundene Sexualstörungen. Aber in der Praxis treffe ich nie auf Betroffene, die diese Informationen vor der Behandlung bekommen haben. Die Leute kriegen mit oder ohne Gewalt – aber ohne juristisch wirksame informierte Zustimmung – diese Psychopharmaka verabreicht. Es gibt kaum Hilfen zum Absetzen. Die Betroffenen werden nicht aufgeklärt über das Problem, dass Neuroleptika und Antidepressiva körperlich abhängig machen. Sie werden von vorne bis hinten belogen, obwohl diese Psychopharmaka eindeutig abhängig machen. Das Problem der körperlichen Abhängigkeit ist äußerst wichtig, weil ohne Diagnose körperlicher Abhängigkeit gibt es keine Abrechnungsziffer, Ärzte können ihre Kosten den Krankenkassen nicht in Rechnung stellen, die Betroffenen können nicht stationär zum Absetzen aufgenommen, wie dies beispielsweise bei Benzodiazepinen der Fall ist, und sie haben keinen Anspruch auf Reha-Maßnahmen.

Mit „ohne Diagnose“ meinst du, es gibt keine Entzugsdiagnose?

Es gibt die juristische Feststellung, dass Benzodiazepine körperlich abhängig machen. Daher muss aufgeklärt werden, und sie dürfen nur über eine begrenzte Zeit gegeben werden. Wenn diese Aufklärung nicht gemacht wird, haben die Leute hinterher Regress-Ansprüche. Bevor diese Abhängigkeit gerichtlich festgestellt wurde, wurde sie natürlich jahrzehntelang bestritten. Danach sind ihre

Verkaufszahlen drastisch gesunken. Die von Neuroleptika und Antidepressiva steigen dagegen stetig. Würden jetzt die Hersteller eingestehen, dass diese Substanzen auch körperlich abhängig machen, dann würde ihren Produkten das gleiche Schicksal drohen. Deshalb sagen sie willkürlich: Die machen nicht süchtig, also liegt keine Abhängigkeit vor! Sie vermischen die Definition von körperlicher Abhängigkeit mit Sucht, was völliger Quatsch ist. Von daher trifft dann deren Definition natürlich nicht zu. Daraus folgt unter anderem die Verweigerung der Hilfe für Menschen, die abhängig wurden. Fast alle Psychiater machen mit bei diesem Betrug und verraten ihre Patientinnen und Patienten.

Wann war denn das mit dem gerichtlichen Urteil bezüglich der Benzodiazepine?

Das war in den 80er Jahren.

Die Problematik, die du beschreibst, ist ja sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu finden. Wie sieht es denn mit der politischen und der juristischen Ebene aus in Berlin – wie nimmst du diese wahr?

Ich habe die Diskussion um die Berliner PsychKG-Reform teilweise mitbekommen und habe auch eine Stellungnahme dazu gemacht, die in der Zeitschrift „Recht & Psychiatrie“ erschienen ist. Psychiatern ist das in aller Regel total egal: Die machen ihren Stiefel weiter. Auch nach den höchstrichterlichen Urteilen vom BGH und Verfassungsgericht. Beide stellten fest, dass über Jahrzehnte ohne Gesetzesgrundlage zwangsbehandelt wurde, das heißt gegen das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit verstoßen wurde. Hast du einen der Meinungsführer unter Psychiatern gehört, der sich Gedanken macht, wie es sein kann, dass über Jahrzehnte Verbrechen begangen wurden? Dass die Betroffenen vielleicht Regressansprüche haben? Man hat nun zwar Satzteile der höchstrichterlichen Urteile in die Gesetze eingebaut, aber bei angeblichen Notfallsituationen soll nach wie vor zwangsbehandelt werden. Dabei reichen die Notfallgesetze in der Medizin völlig aus. Die Deutungshoheit bleibt bei Psychiatern, auch



Im Porträt

Peter Lehmann ist seit drei Jahren Schirmherr unseres Vereins. Bekannt ist der Wahl-Berliner als Psychiatrie-kritischer Autor, selbstständiger Verleger und Versandbuchhändler unter anderem für seine Bücher „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, „Schöne neue Psychiatrie“ und „Statt Psychiatrie“. Der Träger des Bundesverdienstkreuzes kennt die Probleme Psychiatrie-Betroffener* aus eigener Erfahrung. Er verfiert seither die huma-



© Peter Lehmann

nistische Antipsychiatrie, deren Konzept er im Interview näher erläutert. Auch international hat sich Peter Lehmann einen Namen gemacht: 2010 verlieh ihm die Aristoteles-Universität von Thessaloniki die Ehrendoktorwürde für seinen „außergewöhnlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrag für die Durchsetzung der Rechte Psychiatrie-Betroffener“. Mehr Infos finden sich auf seiner Webseite www.peter-lehmann.de sowie auf Wikipedia und Facebook.

wenn jetzt ein Betreuer einer Zwangsbehandlung zustimmen muss. In der Praxis werden diese Leute Entscheidungen von Psychiatern weiterhin abnicken. Ich sehe da also keinerlei Umdenken. Vielleicht haben die BOP&P-Mitglieder, die in Gremien sitzen, ganz andere, tolle Erfahrungen gemacht?!

So toll sind die Erfahrungen diesbezüglich in der Regel nicht. Unsere Erfahrungen entsprechen recht genau deinen Beschreibungen.

Ich bemesse es daran: Werden jetzt die Interessen der Betroffenen irgendwann einmal eingearbeitet in die Gesetzeslage oder wird einfach so weitergemacht? Ohne irgendeine Bestrafung, Rechtfertigung oder Entschuldigung? Irgendeine Reflexion? Wie kann es sein, dass über Jahrzehnte Menschenrechte systematisch verletzt wurden? Aber das interessiert die hohen Damen und Herren nicht.

Ja, das scheint so.

Erbärmlich fand ich die Herangehensweise der Grünen in Berlin, die jammerten, Zwangsbehandlung müsse rasch wieder per PsychKG definiert und erlaubt werden, nachdem die Urteile des BGH und des Bundesverfassungsgerichts sie als gesetzeswidrig eingestuft hatten.

Ich war im Mai im Abgeordnetenhaus, als das PsychKG für die Vorlage im Plenum abgestimmt wurde. Und da hatten vor allem die Grünen und die Piraten menschenwürdigere Ansätze vor allem in Bezug auf Zwangsbehandlungen. Allerdings wurden fast alle Anträge hauptsächlich von der großen Koalition abgelehnt. Demnach haben wir jetzt weiterhin die

Zwangspychiatrie an den Hacken in Berlin. Wobei ich jetzt nicht weiß, inwieweit die Grünen das anfänglich anders initiiert hatten, so wie du sagtest.

Okay. Es gibt auch bei den Grünen vernünftige Leute. Leider betreibt der grüne Vordenker Volker Beck Klientelpolitik. Er setzt sich hauptsächlich für Menschenrechte Schwuler ein, was natürlich wichtig ist. Aber ein Engagement gegen psychiatrische Menschenrechtsverletzungen ist bei ihm und seinen Gefolgsleuten leider Mangelware.

Unser Verein BOP&P engagiert sich, neben der Selbsthilfe, auf all diesen Ebenen für eine gewaltfreie und menschenwürdige Psychiatrie – und das schon seit Jahren. Wie sieht deine Zukunftsvision unserer politischen Arbeit aus?

Also die Aufgaben sind wahnwitzig groß. Seit zwei, drei Jahrhunderten ist die Psychiatrie gewachsen, sie ist mächtig, und die Pharmaindustrie hat die Unterstützung der Obrigkeit. Dagegen ist BOP&P ein kleines Häufchen von Aufrechten. Dass BOP&P sich anmaßen sollte, dieses System umzukippen, wäre zwar schön, aber realistisch gesehen eine völlige Überforderung. BOP&P könnte eine vernünftige Stimme von Psychiatrie-Betroffenen sein, die sowohl die Durchsetzung von Menschenrechten fordert, als auch Gelder für Selbsthilfe akquiriert und sich in Gremien beteiligt, damit Betroffene wirksam mitentscheiden und das psychosoziale System weiterentwickeln können. Selbstverständlich! Es gibt ja Beschlüsse, wonach Psychiatrie-Betroffene wirksam eingebunden werden müssen in Entscheidungsprozesse. Es ist völlig richtig, dass BOP&P in Gremien und in der Öffentlichkeit diese Interessen artiku-

liert. BOP&P sollte natürlich auch organisierte Selbsthilfe anbieten auf undogmatische Art und Weise. Das heißt, dass Leute, die einen „falschen“ Sprachgebrauch haben oder entgegen des üblichen Dresscodes mal in einem Anzug zur Gruppe kommen, nicht sofort rausgeschmissen und diskriminiert werden. Ich habe da meine Erfahrungen von der Irrenoffensive, die ich ja mit anderen Psychiatrie-Betroffenen 1980 gegründet habe. Einmal habe ich dort zum Beispiel in den 1980er Jahren erlebt, das war ganz furchtbar, dass ein Mann aus der Psychiatrie Spandau kam und sagte, dass er schon 20-30 Jahre dort war. Er hatte einen Anzug an und wurde allein deshalb wie ein Spion abgekanzelt.

Das heißt, der Mann kam vermutlich kein zweites Mal zu euch in die Selbsthilfegruppe?

Der kam kein zweites Mal. Ich schäme mich heute noch, dass ich ihm nicht beigestanden bin.

Was sollte sich deiner Meinung nach bis 2020 allgemein im Berliner Psychiatrie-Bereich dringend verändern? Und wer wäre dafür zuständig?

BOP&P muss sich Gleichgesinnte, also Partner in allen Bereichen suchen und Kooperationen eingehen. Was wir dieses Jahr im September machen, also die Expertenrunde zur Entwicklung eines Curriculums zum Thema „Kompetente Hilfe beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva“, könnte Schule machen. Wir haben geschaut, mit wem können wir zusammenarbeiten, wo sind Experten auf den einzelnen Gebieten. Und da geht es darum: Was kann man gemeinsam machen, welche Fragen sind noch ungelöst, worauf kommt es an beim Absetzen, wo sind die Fallstricke? Da ist wichtig, dass uns Betroffenen das Thema nicht aus der Hand genommen wird und am Ende nicht die sogenannte Minimaldosierung als einzige Alternative bleibt. Wenn Leute für sich entscheiden, ganz wegkommen zu wollen von Psychopharmaka, soll die Frage im Mittelpunkt stehen, wie sie dabei unterstützt werden können.

Was BOP&P auch machen könnte, wäre zum Beispiel ein Projekt Medikamentenaufklärung, wie es gerade in Rheinland-Pfalz läuft. Ziel ist es, über Wirkungen und Nebenwirkungen detailliert aufzuklären, auch über Alternativen, und Psychopharmaka, wenn überhaupt, nur einzusetzen, wenn die Betroffenen dies wollen. Daran bin ich auch beteiligt, aber auch einige andere Psychiatrie-Betroffene sowie Ärzte und andere Akteure. Franz-Josef Wagner hat das Projekt dort ins Leben gerufen; das könnte auch in Berlin Schule machen. Ein Ergebnis dieses Projekts ist übrigens, dass jetzt auch stationäre Hilfe beim Absetzen angeboten werden soll.

Da frage ich mal sehr naiv nach: Warum ist eine nutzerorientierte Hilfe beim Absetzen überhaupt nötig?

Über Jahrzehnte galt das Dogma: Nach dem Absetzen kommt der Rückfall garantiert sofort. Es hat lange gedauert, bis Ärzte diese Studien noch einmal angeschaut haben und sie festgestellt haben, dass nie unterschieden wurde zwischen Entzugsproblematik und sogenanntem echten Rückfall. Also diese Studien sind völlig wertlos. Aber: Sie sind eingehämmert worden in die Gehirne der Ärzte. Also nicht nur von Psychiatern. Zwei Drittel aller Psychopharmaka werden von Allgemeinärzten verschrieben. Die glauben das einfach. Und die Meinungsführer in Angehörigenverbänden, die meist von der Pharmaindustrie finanziert und mit Werbematerial indoktriniert werden, glauben das natürlich auch.

Das heißt, diese Studien kursieren immer noch.

Das ist in den Köpfen. Dann gibt's diese furchtbare Psychoedukation.

Warum ist die furchtbar?

Die wird finanziert von der Pharmaindustrie: Die Arbeitsgruppe Psychoedukation bekommt Gelder von der Pharmaindustrie, die Publikationen werden von denen mitfinanziert. Und da steht drin, psychische Probleme stoffwechselbedingt sind, dass Antidepressiva und Neuroleptika nicht abhängig machen und man sie lange braucht, dass speziell die atypischen Neuroleptika nebenwirkungsarm seien. Das ist eine glatte Lüge – die Sterblichkeitsrate ist sogar noch gestiegen seit Einführung der sogenannten atypischen Neuroleptika. Psychoedukation ist quasi Gehirnwäsche. In den Köpfen ist: Die Menschen hätten körperliche, genetisch-vorbedingte Stoffwechselstörungen, daher würden sich die Probleme nach dem Absetzen automatisch wieder einstellen. Es gibt keine Ausbildung, nahezu keine Literatur – außer meinem Buch – zum Thema Absetzen von Psychopharmaka. Abgesehen von interner medizinischer Literatur in Fachzeitschriften, wonach Neuroleptika und Antidepressiva massive Entzugserscheinungen aufweisen können vergleichbar Barbituraten, Alkohol und Opium. Die DGSP fängt jetzt langsam an, sich mit dem Thema zu beschäftigen, wiederholt jedoch nach wie vor die pharmafirmengenehme Unwahrheit, Neuroleptika und Antidepressiva würden körperlich nicht abhängig machen. Allerdings hat sie eine recht vernünftige Broschüre zum Thema Absetzen herausgebracht. Die Hoffnung ist, dass das Thema auch irgendwann einmal bei Gericht landet und dann irgendwann Neuroleptika- und Antidepressivaabhängigkeit Diagnosen-



schlüssel bekommen und dann auch Abrechnungsziffern. Ein Beispiel, was die jetzige Situation bedeutet: Vor ein paar Jahren war in der Berliner Zeitung eine Anzeige „Soteria-Klinik in Leipzig eröffnet“. Man könne dort hin zum Absetzen von Psychopharmaka. Ich habe sofort angerufen und gefragt, ob ich alle Leute, die bei mir anrufen, zu ihnen schicken könnte. Da wurde mir erklärt: Das geht leider nicht. Da es keine Diagnose „Abhängigkeit von Neuroleptika“ oder „Abhängigkeit von Antidepressiva“ gebe, wurde mit den Krankenkassen vereinbart, dass nur Hilfe beim Absetzen von Benzodiazepinen geleistet und abgerechnet werden könne. Soweit ich mich erinnere, gab es in den 1980er Jahren in Deutschland ein Grundsatzurteil, wonach Hersteller und Anwender von Benzodiazepinen verurteilt wurden, weil sich nicht auf die bekannte Abhängigkeit hingewiesen hatten. Vermutlich ändert sich hierzulande erst etwas, wenn ein ähnliches Urteil zur Abhängigkeit von Neuroleptika und Antidepressiva gefällt wird.

Und das hat sich bis heute nicht geändert?

Eine Klinik in Heidenheim ist die einzige Klinik deutschlandweit, die beim Absetzen unterstützt. Und eventuell kommt noch die eine oder andere in Rheinland-Pfalz dazu. Da habe ich die Hoffnung, dass sich dort etwas tut. Vor Kurzem war ich in Winnenden, das ist in der Nähe von Stuttgart, in der Psychiatrie – und zwar in der, in die ich vor 40 Jahren selbst verschleppt wurde. Dort habe ich eine Fortbildung für Psychiater gemacht zum Thema Absetzen von Psychopharmaka und wurde gefragt, wie eine Station aussehen sollte, die fürs Absetzen geeignet sei. Ich war positiv überrascht, dass die Notwendigkeit nicht von vornherein abgestritten wurde. Ich antwortete: Es wäre wichtig, dass Leute, die Probleme beim Absetzen haben, bei Bedarf auch kurzfristig stationär aufgenommen werden könnten ohne Gefahr zu laufen, dass sie gleich wieder mit Psychopharmaka zugeknallt werden. Viele haben ja große Ängste beim Absetzen, und allein das Wissen, was möglich wäre an sofortiger Unterstützung, könnte enorm entängstigend wirken. Es müsste eine Station sein mit Ruhe, Garten, Ausgang, Besuch der Liebsten, auch über Nacht, und Personal zum Reden.

Und die gibt es nicht, diese Station?

Natürlich gibt's die nirgendwo. Die Station in Heidenheim ist meist überfüllt, hat mir der dortige Leiter Martin Zinkler gesagt. Letztlich wäre die Absetzstation wohl ähnlich wie eine Soteria-Einrichtung, allerdings entsprechend dem Originalmodell von Loren Mosher.

Hört sich in meinen Ohren auch erst einmal so an.

Es gibt viele Leute, die scheitern beim Absetzen, die haben riesige Probleme: Rasten wieder aus, fallen in Angst- und Panikzustände oder haben mit extremer Schlaflosigkeit und Verwirrtheit zu tun, kommen in die Psychiatrie, werden gar elektrogeshockt. Und ich kenne einige Leute, die das dann mit ihrem Leben bezahlt haben. Von daher wäre es sehr wichtig, auch für BOP&P, Aufklärung über Abhängigkeit und risikovermindernde Maßnahmen beim Absetzen zu leisten. Möglicherweise gibt es auch schon Absetz-Angebote auf einer Station hier in Berlin – das habe ich vage gehört, aber wo das jetzt sein soll, weißt du vermutlich besser.

Es gibt ja in Mitte eine Soteria-Station, vielleicht da?

Soteria ist ja im Ansatz immer für die sogenannten Erst-Schizophrenen im jungen Alter gedacht, leider.

Oder die Fritz-Station im Vivantes-Krankenhaus oder Fetz in der Charité?

Ja, ja. Und vielleicht tut sich was, wenn sich BOP&P wesentlich beteiligen würde. Einen Fuß rein bekommen und schauen, dass das im Sinne von Psychiatrie-Betroffenen läuft. Ich weiß, das ist leicht gesagt.

Du hattest vorhin gesagt: Wenn man absetzt, komme der Rückfall sofort. Die eine Frage wäre hier, ob es einem beim Absetzen schlecht geht aufgrund der Entzugssymptomatik oder ob es ein echter Rückfall ist. Die andere Facette wäre, dass die Ursachen für das Erleben anderer Zustände gar nicht wirklich geklärt ist.

Manche setzen abrupt ab ohne Probleme. Für einige ist das hochriskant. Oft kommen die Probleme wieder, die zur Verabreichung von Psychopharmaka geführt hatten. Dass der Rückfall sofort kommt, ist der Spruch, mit denen einem Angst gemacht wird, damit man ja die Psychopharmaka schluckt oder sich in den Hintern spritzen lässt. Dabei wäre es so wichtig, sich mit den Ursachen von Verrücktheit und Depressionen auseinanderzusetzen. In der Zwischenzeit wird auch bei der Diagnose Schizophrenie Psychotherapie bezahlt. Wenn man nun davon ausgeht, dass das eine reine Stoffwechselstörung ist, dann ist Therapie Humbug. Wenn man aber meint, Verrücktheit und Depressionen seinen Reaktionen auf unerträgliche Lebensumstände, auch selbst geschaffene, oder es liege an mangelhafter Ernährung, Umweltgiften, Amalgam oder was auch immer, dann kann

man selbst hieran etwas ändern, ob in Selbsthilfe oder Therapie. Und man kann sich fragen, wie man rechtzeitig erkennt, wie man gerade wieder ausrastet oder depressiv wird, um noch rechtzeitig den Hebel umzulenken. Wenn man öfter die Erfahrung der Krise gemacht hat, dann ist es höchste Zeit zu überlegen, wo eine Veränderung stattfinden muss.

Kann man dann grundsätzlich auch von Heilung sprechen? Oder von „Ablegen“ von psychiatrischen Diagnosen?

Das sind zwei völlig unterschiedliche Fragen. Gegen psychiatrische Diagnosen kann man nicht klagen. Es gibt ein Urteil vom Bundesgerichtshof aus den 80er Jahren, wonach die psychiatrische Diagnose eine subjektive Meinungsäußerung eines Arztes sei, sie unterliege dem Recht auf freie Meinungsäußerung. Dieses Urteil hat bis heute Bestand. Nur bei grob fahrlässiger Diagnostik – wenn der Arzt dich ohne Untersuchung diagnostiziert und gar mit jemandem verwechselt hat, also formal fahrlässig vorgegangen ist – dann hat man eventuell Ansprüche auf Schadensersatz und dergleichen. Es gibt in der Psychiatrie also keine objektive Diagnose. Der andere Aspekt ist der, dass wenn man eine Diagnose hat, kann man diese zwar für sich ablegen bzw. ablehnen, aber die Probleme, die diese Person mit Dritten hat, sind natürlich nicht vom Tisch.

Und wie sieht es aus mit Heilung?

Beim Konzept der psychischen Krankheit ist immer mitenthalten das Konzept der Gemeingefährlichkeit und Unberechenbarkeit. Das ist schlimm, da es einen stigmatisierenden und diskriminierenden Effekt hat. Für mich beinhalten psychische Krisen die Chance der Entwicklung. Sie verlaufen zwar oft chaotisch und auch ab und an gefährlich, aber sie beinhalten, wie gesagt, die Chance der Weiterentwicklung und der Verarbeitung der verrückt machenden Normalität. Der Begriff der Heilung setzt die Krankheit voraus, womit ich nichts anfangen kann. Dass manche psychischen Störungen auch organisch bedingt sind, weiß ich. Da würde dann der Begriff Krankheit und Heilung passen.

Du bist Verfechter der sogenannten humanistischen Antipsychiatrie. In fünf Sätzen: Was heißt das eigentlich?

Jenseits der Diagnose ist der Mensch mit seinen wirklichen Problemen in der Gesellschaft. Die Diagnose verschließt den Blick auf diese Probleme. „Anti“ heißt im Griechischen nicht nur „gegen“, sondern auch „alternativ“ und „unabhängig“.

Die humanistische Antipsychiatrie geht grundsätzlich davon aus, dass die Psychiatrie als medizinische Fakultät psychische Probleme überwiegend sozialer Natur gar nicht lösen kann. Und sie stellt sich gegen psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und dass ihre Gewaltbereitschaft. Deshalb gilt es sich zu engagieren: für den Aufbau angemessener und wirklicher Hilfen für Menschen in psychischer Not, für die Sicherung ihrer Rechte, für ihre Organisierung – auch in Zusammenarbeit mit anderen Experten –, für die Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka, für das Verbot des Elektroschocks, für neue Form des Lebens mit Verrücktheit und für Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens.

Ein Arzt wunderte sich vor ein paar Jahren über den Absatz in meiner eigens verfassten Patientenverfügung, in dem ich Elektroschocktherapien ausschließe. Diese gebe es in Deutschland nicht mehr. Nun sprichst du aber doch immer wieder davon: Sind Elektroschocks wieder gang und gebe?

Nach 1945 wurde in der BRD relativ wenig elektroschockt. Dies hatte zu tun mit der Psychiatrie in der Nazi-Zeit. Mediziner, speziell Anästhesisten, haben sich geweigert, da mitzumachen. Es schien, als wäre Elektroschock völlig vom Tisch. Aber es sind dann amerikanische Psychiater durch die Lande gezogen, die für die Wiederaufnahme von Elektroschocks geworben haben. Eine Arbeitsgruppe, an der auch die DGPPN beteiligt war, wurde in der Schweiz, Österreich, Deutschland und Italien geschaffen, und die haben sich dafür eingesetzt, dass überall wieder flächendeckend und anhaltend, auch präventiv, elektroschockt wird. Das war Anfang der 2000er Jahre. Daraufhin wurden in psychiatrischen Einrichtungen wieder Elektroschock-Apparate angeschafft. Ich frage auch immer wieder nach, wenn ich in Kliniken bin, und höre dann: Ja, sie schocken. Im Buch „Umgang mit Psychopharmaka“, das im Psychiatrieverlag erschienen ist, kannst du lesen, Elektroschocks seien Antidepressiva in ihrer Ansprechrate überlegen. Es gibt Psychiater, die sich kritisch nennen, die sagen, Elektroschock sei weniger gefährlich als Antidepressiva oder Neuroleptika. Antidepressiva und Neuroleptika haben eine potenziell chronifizierende Wirkung auf Depressionen und Psychosen, und wenn Psychiater nicht mehr weiter wissen, dann greifen sie zum Elektroschock.

Es gibt ja verschiedene Gruppen von Psychiatriekritikern. Wer sind die eigentlich?

Es gibt neben der humanistischen Antipsychiatrie die primi-



tive Antipsychiatrie. Beides sind meine Wortschöpfungen. Letztere sagt: Schafft die Psychiatrie ab und die Probleme sind gelöst. Oder: Schafft den Zwang ab und die Probleme sind gelöst. Das greift viel zu kurz, weil die Probleme sind ja da und sie sind vielfältig wie die Menschen. Ich denke dann an Arbeitsplatzprobleme, soziale Ächtung. In Afrika werden in manch einem Land Verrückte noch gesteinigt oder an Bäume gekettet. Hierzulande sind Formen der Ausgrenzung zivilisierter, aber dennoch da. In Organisationen, in der die primitive Antipsychiatrie eine Rolle spielt, werden gerne Leute mit den radikalsten Forderungen in den Vorstand gewählt, die sind aber in keinster Weise kompetent in meinen Augen, ich glaube, heute sagt man Populisten zu Leuten, die auf komplexe Fragen mit einfachen Antworten reagieren. Es gibt schlicht keine 0/8/15-Rezepte. Es müsste ein breites System unterschiedlichster Hilfeangebote geschaffen werden, multiprofessionell, unter Mitwirkung von Betroffenen und Wertschätzung ihres Erfahrungswissens. Basierend auf Garantie der Menschenrechte. Schutz der körperlichen Unversehrtheit. Schutz der Menschenwürde.

Und warum sind sich die Gruppen oft uneins über den Weg zum Ziel?

Die Menschen sind unterschiedlich, haben unterschiedliche

Erfahrungen, Wertvorstellungen und Bedürfnisse. Unter Psychiatrie-Betroffenen gibt es zudem viele Deppen, Betonköpfe, Obermacker und falsche Schlangen.

Das ganze Spektrum also.

Nicht anders als im Rest der Gesellschaft. Wenn man gegen etwas ist, ist Einigkeit immer einfach. Aber in dem Moment, wo es darum geht, konkrete, konstruktive Ziele auszudenken und anzusprechen, da werden die Unterschiede sichtbar. Der Glaube, eine gleiche Diagnose mache uns zu Gleichen, ist völliger Quatsch! Und den Begriff der Psychiatrie-Erfahrung finde ich schräg, weil: Keine Frau würde sagen, ich bin eine Vergewaltigungserfahrene, ich habe jetzt ein besonderes Wissen oder Weisheit aus dieser schrecklichen Erfahrung. Oder Kinder, die geschlagen wurden: Wo ist ihre Erfahrung? Die Diagnose eines Psychiaters macht uns nicht zu einem weisen, kompetenten Menschen. Da gehört mehr dazu. Schön wäre, wenn Meinungsführer in der sogenannten Betroffenenbewegung hier und da wenigstens mal Fehler eingestehen könnten. Aber sie sind ja alle kleine Pápste. BOP&P nehme ich davon aus, sind alles nette Leute.

Vielen Dank für das Gespräch, lieber Peter.



WELTENwandel



BOP&P-Magazin für Lebenskunst

Ausgabe 2016



Politisches

„Der Glaube, eine Diagnose mache einen zum Gleichen, ist völliger Quatsch!“

Philosophisches

Soteria

Prosaisches

Meine Wahl