

Vielfalt statt Einfalt

Über die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung

»Psychopharmaka nehmen oder ablehnen? Psychiatrie reformieren oder abschaffen?

Ein unauflösbarer Widerspruch?« Unter diesem Titel hielt der Autor eine »Grundsatzrede« bei der Tagung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. am 12. Oktober 1997 in Kassel. Er beschreibt in ihr die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung und plädiert für eine respektvolle Auseinandersetzung.

VON PETER LEHMANN

Wir wollen eine andere Psychiatrie«, heißt es im Faltblatt des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), »wir fordern die Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmethodik der herkömmlichen medizinischen Psychiatrie«. Die Rede ist von »unserer Mitwirkung als gleichberechtigte Partner«, und als eine der Aufgaben des Verbandes ist unter anderem das »Einfordern der Zustimmungspflicht zu ärztlichen Behandlungsmaßnahmen wie bei körperlich erkrankten Menschen« genannt. Im Kapitel »Humanere Lebensbedingungen« werden »weniger Psychopharmaka und mehr Psychotherapien« verlangt, Depressionen und Psychosen seien nicht medikamentös zu unterdrücken, sondern in ihrer Bedeutung wahrzunehmen.

Unterschiedliche Vorstellungen im Bundesverband

Im Bundesverband sind etwa 665 Psychiatrie-Betroffene organisiert. Wie die BPE-Umfrage zur Verbesserung bzw. Einführung von Qualität der psychiatrischen Behandlung gezeigt hat, sind die Unterschiede, wie sich die Mitglieder eine andere Psychiatrie vorstellen, beachtlich.

Die einen wollen eine Psychiatrie ohne Psychiater, sprich: die Abschaffung der Psychiatrie und statt dessen ein nichtpsychiatrisches Versorgungssystem. Die anderen wollen bessere Psychiater, mehr Geld für die Psychiatrie, damit mehr Personal eingestellt werden kann, in der Hoffnung, daß dann die wohlthuenden und therapeutischen Gespräche geführt werden können, die derzeit allgemein vermißt werden. Die einen wollen Abschottung, eine ausgesprochen nichtpsychiatrisch orientierte Selbsthilfe und Sicherung ihrer bürgerlichen Rechte und ihrer Menschenrechte als Schutz vor psychiatrischen Übergriffen. Die anderen wollen die Entwicklung einer Psychiatrie, die vom partnerschaftlichen



Peter Lehmann

Foto: Hendrik Blaglier

miteinander von Psychiatern, Betroffenen und Angehörigen geprägt ist.

Ähnliche Differenzen zeigen sich, wenn es um die Bewertung von Psychopharmaka geht, dem Behandlungsmittel, das in der Psychiatrie im Zentrum steht: die einen nehmen Psychopharmaka ein in der Überzeugung, ohne sie könnten sie nicht leben, während die anderen sie ablehnen in der Überzeugung, es handele sich um reine Nervengifte.

Diese beiden Grundkonflikte spielten in der Vergangenheit immer wieder eine Rolle und führten zu Auseinandersetzungen. VertreterInnen radikaler Positionen auf beiden Flügeln traten erst gar nicht in den BPE ein oder verließen ihn wieder in der Meinung, der BPE sei zu antipsychiatrisch – so die einen, oder er sei zu reformistisch und psychiatriegläubig – so die anderen. Was ist dran an dieser Kontroverse? Sind die Konflikte von so fundamentaler Bedeutung, daß weiterer Streit programmiert ist, daß die Gefahr unabwendbar ist, daß immer wieder Mitglieder frustriert den BPE verlassen?

Was wollen Psychiatrie-Betroffene überhaupt?

Aus meiner Erfahrung weiß ich, daß viele im wesentlichen tendenziell Wünsche in

der Richtung haben, daß sie ihr Leben genießen wollen, in Ruhe gelassen werden wollen, Kontakte mit Gleichgesinnten pflegen und ein erträgliches Leben führen möchten. Eine Änderung der Psychiatrie steht für sie nicht auf der Tagesordnung, entweder weil sie die Psychiatrie o.k. finden oder vereinzelt sind oder keine Chance hierzu sehen.

Für die anderen steht im wesentlichen tendenziell eine Haltung im Mittelpunkt, die das Wort »Empowerment« am besten wiedergibt. Zu übersetzen ist »Empowerment« mit »Selbstermächtigung«. Betroffene wollen die Kompetenz über ihr eigenes Leben erhalten oder wiedergewinnen. Es ist das Kriterium, das viele Psychiatrie-Betroffene weltweit anlegen, wenn sie alternative oder emanzipatorische psychosoziale Einrichtungen charakterisieren, seien es psychiatrische Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen. *Empowerment* – so die Definition – heißt:

- Entscheidungsmacht haben,
- Zugang zu Informationen und Finanzmitteln haben,
- ein Spektrum an Wahlmöglichkeiten haben (nicht bloß »ja/nein« und »entweder/oder«),
- 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 das Verhältnis zu institutionalisierter Macht neu definieren,
- begreifen, daß eine Einzelperson Rechte hat,
- streiten und Wut lernen und lernen, ihr Ausdruck zu verleihen,
- Veränderung bewirken, im persönlichen Bereich und in der Gemeinschaft,
- ein positives Selbstbild entwickeln und Stigmata überwinden (s. Chamberlin 1993, S. 317; Lamovec 1997).

Bei der 1995 erfolgten Befragung erklärten die BPE-Mitglieder, wie ein veränderter psychosozialer Bereich aussehen soll. Über 100 BPE-Mitglieder nahmen an der Umfra-

ge teil. In den Antworten wurde der bestehende Psychiatrie eine nahezu vernichtende Absage erteilt.

Denn nur zehn Prozent der Antworten gaben an, dort Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. Häufig kam es zur Verletzung der Menschenwürde. Es gab keine – wie rechtlich vorgeschrieben – umfassende Aufklärung über Behandlungsriskiken.

Folgende grundlegenden Kriterien müßten 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 Psychiatrie-Betroffenen ist die Psychiatrie samt Psychiatern insgesamt überflüssig. Allgemein wurden folgende Faktoren überflüssig gefunden: Gewalt, 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 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 (Peeck/von Seckendorff/Heinecke 1995).

Vorschläge des Europäischen Netzwerks

Wo immer Psychiatrie-Betroffene sich unbeeinflusst und frei äußern, wird dieselbe Kritik laut, werden vergleichbare Vorstellungen genannt. Einen ähnlich klingenden Forderungskatalog wie der BPE legte dieses Jahr das Europäische Netzwerk von Psychiatrie-Betroffenen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, als es um eine Stellungnahme gebeten wurde. In dem 1991 gegründeten Netzwerk sind inzwischen Betroffenenorganisationen aus ca. 30 Ländern vertreten, von Finnland bis Italien, von den Faröer Inseln bis Bulgarien, von Litauen bis Griechenland. Diese repräsentative Organisation forderte die WHO auf, bei einer Neudefinition psychiatrischer Qualitätskontrolle unter anderem folgende Kriterien einzubeziehen:

- Vor der Verabschiedung von Gesetzen sollten nationale Organisationen Psychiatrie-Betroffener zu Hearings eingeladen werden. Auf allen Ebenen sollten Psychiatrie-Betroffene als Ombudsmänner und Ombudsfrauen vertreten sein.
- Es sollte unter Einbeziehung Psychiatrie-Betroffener eine Körperschaft geben mit

der speziellen Aufgabe, die Einhaltung von Menschenrechten zu überwachen bei Personen, die unter psychischen Störungen leiden oder denen diese nachgesagt werden. Diese Körperschaft sollte zudem die Zulassung neuer Behandlungsmethoden überwachen sowie die Entscheidungen von Ethikkommissionen bei Forschungsvorhaben.

- Psychiatrie-Betroffene sollten in die Ausbildung und Prüfungskommissionen von Psychiatern mit einbezogen sein, außerdem von Ärzten, PsychologInnen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen und BeschäftigungstherapeutenInnen, und zwar auf Basis einer normalen Bezahlung.

- Hirnchirurgische Eingriffe und andere aggressive Behandlungsmaßnahmen mit möglicherweise irreversiblen Folgen wie z.B. psychiatrische Psychopharmaka, Elektro- und Insulinschocks für sogenannte psychische Störungen sollten niemals bei Zwangseingewiesenen und niemals ohne informierte Zustimmung durchgeführt werden. Um Voraussetzungen abzusichern, sollten sie ausdrücklich anerkannt werden. Auch Behandlungsvereinbarungen sollten möglich sein. Psychiater, die ohne informierte Zustimmung behandeln, sollten ihre ärztliche Zulassung verlieren.

- Klinische Versuche und experimentelle Behandlungen sollten niemals an Zwangseingewiesenen durchgeführt werden, und niemals ohne informierte Zustimmung. Es sollte eine Beweislastumkehr erfolgen: Bei möglichen Schäden sollten die Institutionen und Personen, die die Maßnahmen durchführten, gezwungen sein nachzuweisen, daß die Schäden nicht von ihnen verursacht wurden.

- Folgendes sollte in psychiatrischen Einrichtungen vorhanden sein:

- Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station,
- Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Anstalt,
- deutlich sichtbarer Anschlag auf jeder Station, daß auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden,
- Möglichkeiten zum Aufhängen von Informationsschriften von lokalen, regionalen und nationalen Selbsthilfegruppen,
- Angebot eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer,
- Teeküche auf jeder Station, damit man sich rund um die Uhr etwas zu essen und zu trinken machen kann.

- Die Rechte von NichtraucherInnen auf gesunde Luft sind zu berücksichtigen, ebenso die Rechte von RaucherInnen, soviel zu rauchen wie sie wollen.

- Für jedes psychiatrische Bett sollte es ein Bett in einem Weglaufhaus geben, also in einer betreuten nichtpsychiatrischen Einrichtung. Jedes zweite psychiatrische Bett soll in einer Soteria-artigen Einrichtung stehen.



Alternativen zur Psychiatrie

Wieso müssen solche Projekte wie Soteria, die Praxis wurden oder werden, immer im Ausland sein? Die Ausnahme, die es in Deutschland gibt, scheint die Regel zu bestätigen, daß die institutionelle Psychiatrie hierzulande keine Alternativen zuläßt. Die Ausnahme stellt das Weglaufhaus Berlin dar, das es bisher als einziges anti- und nichtpsychiatrisches Projekt geschafft hat, eine offizielle Institution zu werden, d.h. eine Einrichtung mit formaler behördlicher Zulassung und, was wesentlich wichtiger ist, mit bezahlten, am Bundesangestellten-tarif – wenn auch auf relativ niedriger Stufe – orientierten Stellen (Kempker 1998; Wehde 1991).

Zu den in Deutschland sich noch in der Planungsphase befindenden Projekten gehören

- das »Friedenshaus« in Dresden, ein Clubhaus, in dem alternative Behandlungs- und Therapieangebote stattfinden sollen sowie Selbsthilfe zur Vermeidung von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlung, außerdem Hilfe und Unterstützung bei Suchtmittel- und Medikamentenentzug,

und zwar unter gemeinsamer Leitung von MitarbeiterInnen und Betroffenen,
 ● das »Zufluchthaus« in Nürnberg, das als betreuter Lebensraum auf Zeit und ohne künstlich inszenierte therapeutische Beschäftigungen für Personen gedacht ist, die sich in einer Krisensituation befinden, bei denen die Krise jedoch noch nicht eskaliert ist, und in dem konfliktfähige Menschen mit Lebenserfahrung arbeiten und die Kenntnisse und Fähigkeiten von Psychia-

den), praktizieren das medizinische Krankheitsverständnis. Diejenigen, die diese Einrichtungen bevorzugen, sind ebenfalls im Bundesverband vertreten.

Abschaffung oder Reform: ein Streit, der entzweit?

Ich komme auf die eingangs gestellte Frage zurück: Die Psychiatrie reformieren oder abschaffen? Ein unauflösbarer Wi-

wieso sollte eine Koexistenz nicht möglich sein, solange man sich nicht bekriegt? Und wieso nicht auch eine gegenseitige, wechselseitige Unterstützung?

Wie Konflikte zu lösen sind, zeigte sich bei der kontroversen Diskussion um den damals noch so genannten »Behandlungsvertrag« und »das Psychiatrische Testament«. Zuerst schien es, als würde die Behandlungsvereinbarung – wie sie jetzt heißt – in aggressiver Konkurrenz zum

Psychiatrischen Testament stehen. Schließlich war es die respektvolle Auseinandersetzung, das Ernstnehmen der Argumente der anderen Seite, die den Betroffenen jetzt eine faire Entscheidung zugesteht, die Form der Vorausverfügung zu wählen, die sie für die bessere in ihrer Situation halten. Die einen vertrauen Psychiatern, die anderen mißtrauen ihnen, die einen fühlen sich angewiesen auf sie, die anderen von ihnen nur bedroht. Wer von uns wollte vorschreiben, welche Gefühle die einzelnen haben sollen?



trie-Betroffenen, LaiInnen und Sozialprofis und anderen Berufsgruppen kombiniert werden sollen,

- das »Weglaufhaus Ruhrgebiet« entsprechend dem Berliner Modell,
- das Selbsthilfe- und Therapiezentrum »Dolgener See« bei Rostock, ein Schutzraum auch für psychiatrie-betroffene Frauen mit sexueller Gewalterfahrung, in dem sie sich selbstbestimmt und unter psychotherapeutischer Begleitung mit ihren Traumata auseinandersetzen können.

Ich weiß, ich habe hier diejenigen Einrichtungen und Projekte herausgepickt, die eher meiner Vorliebe entsprechen. Es gibt auch Vorstellungen von Psychiatrie-Betroffenen, die in Richtung Tages- und Behandlungszentren gehen, mehr oder weniger psychiatrienah sind, rasche Behandlungsmöglichkeiten vorsehen, wobei die Betroffenen nicht immer und nicht unbedingt Neuroleptika wollen – verständlicherweise. Insgesamt sind diese Einrichtungen eher in die Richtung reformpsychiatrische Institutionen einzuordnen, denn sie haben psychiatrisches Personal, klare Hierarchien, vielleicht gewähren sie ein bißchen Mitsprache (nicht alle wollen selbst entschei-

derspruch?

In der Praxis ist die Kontroverse immer noch auffindbar, in theoretischen und in ideologischen Diskussionen, in der Art der Einrichtung, die jeder und jede einzelne bevorzugt. Und in theoretischen Diskussionen ist der Konflikt »Reform oder Revolution« bzw. hier Abschaffung der Psychiatrie« durchaus von Wert, um gedankliche Klarheit zu bekommen, wo man selbst steht, wo die anderen stehen, zu verstehen, wo die Unterschiede sind, zu verstehen, was die anderen wollen, auch wenn es nicht dasselbe ist wie das, man man selbst will.

Doch »Abschaffung der Psychiatrie und statt dessen Alternativen schaffen« – das eine Extrem – würde sich lächerlich machen, wenn sich entsprechende Positionen nicht auf die Interessen Psychiatrie-Betroffener beziehen, und »Reformbestrebungen« machten sich ebenso lächerlich, wenn es nur um eine Verschönerung der Psychiatrie ginge.

Wenn wir all die genannten Forderungen, Projekte und Hoffnungen sehen, sind die unterschiedlichen Vorstellungen in Richtung »Reform« oder »Abschaffung und Alternativen« immer zu erkennen – doch

Psychopharmaka nehmen oder ablehnen?

Die Bewertung der Verabreichung bzw. Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka ist ein ausgesprochen kontroverses Thema. Die Einnahme von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Antiepileptika (z.B. Tegretal) und Tranquillizer kann zu Apathie führen, zu emotionaler Panzerung, Depressionen, Suizidalität, paradoxen Erregungszuständen, Verwirrtheits- und Delirzuständen, intellektuellen Störungen, Kreativitätseinbußen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, epileptischen Anfällen, Schwächung des Immunsystems, Hormon- und Sexualstörungen, Chromosomen- und Schwangerschaftsschäden, Blutbildschäden, Störungen der Körpertemperaturregulation, Herzstörungen, Leber- und Nierenschäden, Haut- und Augenschäden, parkinsonoiden Störungen, Hyperkinesien, Muskelkrämpfen, Bewegungstereotypen u.v.m. (Lehmann, 1996). Andererseits machten viele Betroffene die Erfahrung, daß sie innerhalb ihrer Lebensverhältnisse derzeit ohne diese Psychopharmaka nicht zurechtkommen, oder

daß sie mit einer kurzzeitigen Einnahme psychische Krisen abkürzen und so vermeiden, in die Anstalt gebracht zu werden, wo sie aller Wahrscheinlichkeit nach über einen längeren Zeitraum mit Psychopharmaka vollgepumpt würden.

Oft kommt es zu Irritationen, wenn sich Leute, die Psychopharmaka ablehnen, und solche, die sie nehmen, begegnen. An sich ist es Sache jedes einzelnen Menschen, selbst zu entscheiden, ob sie oder er diese Substanzen einnehmen will, aus welchem Grund auch immer. Allerdings stehen einer freien Entscheidungsfindung bzw. einer libertären Grundhaltung folgende Argumente entgegen:

1. Die Betroffenen werden in aller Regel nicht über die tatsächlich vorhandenen, möglichen und nicht auszuschließenden Risiken aufgeklärt. Sie wissen nicht, daß manche Substanzen in den einen Ländern vom Markt genommen wurden, in anderen Ländern jedoch ohne Einschränkung verkauft werden: z.B. Semap wegen Tumorerkrankung, Roxiam wegen Blutbildschäden, Halcion wegen Amnesien und Black-out-Handlungen.

2. Die Beweislast bei Schmerzensgeld- und Schadenersatzklagen tragen ausschließlich die Betroffenen. Nicht die – finanziell abgesicherten – Herstellerfirmen müssen nachweisen, daß ein eingetretener Schaden nicht durch ihre risikobehafteten Substanzen verursacht wurde, sondern die – in der Regel mittellosen – Geschädigten müssen in aufwendigen Verfahren beweisen, daß ein Schaden einzig und ausschließlich auf das verabreichte Präparat zurückzuführen ist.

3. Häufig erfolgt die Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka an Frauen in gebärfähigem Alter, ohne auf mögliche Schwangerschaften und Gefahren für den Fötus Rücksicht zu nehmen.

4. Immer mehr wehrlose alte Menschen bekommen diese Substanzen verabreicht, um den Pflegenotstand chemisch zu managen. Immer mehr Kinder ohne eigene Entscheidungsmöglichkeiten erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um sie chemisch in eine kinderfeindliche Umwelt einzupassen. Immer mehr Frauen erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um ihre störenden Reaktionen auf patriarchalisch-bevormundende Lebensverhältnisse chemisch zu neutralisieren. Immer mehr Menschen, die mit Gesetzen in Konflikten gekommen sind, erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um sie in inhumanen Gefängnissen ruhigzuhalten oder bei Abschiebungen ihren Widerstand zu brechen.

5. Aufgrund inter- und intraindividuellen Wirkungsunterschiede läßt sich nie mit Sicherheit voraussagen, wie eine bestimmte Dosis eines Präparates wirken wird. Alle

bekannt gewordenen Schäden bei allen Arten von psychiatrischen Psychopharmaka traten prinzipiell dosisunabhängig und bereits nach relativ kurzer Zeit auf, teilweise nach einmaliger Einnahme einer niedrigen Dosis.

6. Immer mehr Menschen erhalten Kombinationen unterschiedlicher, in ihrer

10. Ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe gibt es ebenso wenig wie nichtpsychiatrische Kriseneinrichtungen oder wie finanziell ausreichend unterstützte Selbsthilfe- oder nutzerkontrollierte Einrichtungen.

11. Keines der genannten psychiatrischen Psychopharmaka löst irgendwelche psychischen Probleme sozialer Natur. In al-



Wirkungsüberlagerung und in ihren Wechselwirkungen unberechenbarer Psychopharmaka.

7. Alle psychiatrischen Psychopharmaka machen abhängig, wobei die Verordner mit Ausnahme der Tranquilizer die abhängig machende Wirkung der Substanzen abstreiten und die beim Absetzen möglichen Entzugerscheinungen verschweigen oder zum Symptomwechsel umdefinieren: Reboundphänomene, Supersensibilitätsreaktionen der Rezeptoren sowie mögliche irreversible Psychopharmakaschäden.

8. Notwendige stationäre Einrichtungen zur klinischen Unterstützung bei Absetzproblemen von psychiatrischen Psychopharmaka gibt es fast gar nicht.

9. Derzeit laufen Bestrebungen von Psychiaterverbänden und Pharmafirmen, insbesondere die lebenslängliche Neuroleptikaeinnahme durch gesetzliche Maßnahmen, Perfektionierung gemeindepsychiatrischer Überwachungssysteme und neue Verabreichungsformen zu erzwingen.

ler Regel erschweren sie die Lösung dieser Probleme – findet deren Bearbeitung statt in individueller Selbsthilfe, Gruppenarbeit oder bezahlter Psychotherapie. Nach Absetzen der Substanzen, wenn es überhaupt dazu kommt, sind in aller Regel die Bedingungen schlechter, um die ursächlichen Probleme zu lösen, die den Einsatz der psychiatrischen Psychopharmaka herbeigeführt haben.

Aus all diesen Gründen ist der Einsatz psychiatrischer Psychopharmaka skeptisch zu beurteilen.

Nichtsdestotrotz sind die Entscheidungen der Betroffenen zur Einnahme von psychiatrischen Psychopharmaka zu respektieren: insbesondere wenn es ihnen gelingt, ausweglose und ansonsten die Psychiatrie nach sich ziehende Konfliktsituationen zu überstehen, und zwar mit möglichst kurzfristiger, möglichst niedrigdosierter, möglichst geringer Risikobelastung durch reflektierte und selbstbestimmte Psychopharmaka-Einnahme. Zu respektieren ist auch die Entscheidung von Be-

Foto: Michael Volke

troffenen, egal aus welchen Gründen, in welcher Dosis, in welchem Zeitraum und mit welchem Zufriedenheitsgrad über die Aufklärung oder Nichtaufklärung psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen. Besonderes Mitgefühl und besondere Solidarität steht denjenigen Psychiatrie-Betroffenen zu, die durch psychiatrisch verursachte Nervenschädigungen oder soziale Konfliktsituationen gezwungen sind, psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen, um in irgendeiner Weise überlebensfähig zu sein. Gerade die von Abhängigkeit Betroffenen machen deutlich, daß nutzerkontrollierte Einrichtungen für Krisenfälle zu schaffen sind, so daß die Ersteinnahme psychiatrischer Psychopharmaka nach Möglichkeit vermieden werden kann.

Notwendige Reflexion der Unterschiede

Wir müssen uns deshalb über das Spannungsverhältnisses bewußt sein, das auf der einen Seite zwischen den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Betroffenen besteht, denen die Definition ihrer Konflikte, Bedürfnisse und Risikobereitschaft zusteht, und auf der anderen Seite der Gefahr, die von dem Machtanspruch der Psychiatrie (der biologischen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrie), verantwortungsloser Politiker und profitorientierter Pharmafirmen ausgeht.

Das Spannungsverhältnis kann langfristig nur gemildert werden, wenn den KonsumentInnen psychiatrischer Psychopharmaka sowie denjenigen Menschen, denen diese Substanzen gewaltsam verabreicht werden, diagnoseunabhängige Menschenrechte gewährt werden, ein einfacher Zugang zu finanzieller Entschädigung im Bedarfsfall, ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe und ein alternatives Angebot angemessener nichtpsychiatrischer Hilfe.

Wenn wir etwas bewirken wollen und wenn wir Verständnis wollen, ob von Psychiatern, von Therapeuten, von Politikern oder von wem auch immer, können wir glaubwürdig dieses Verständnis nur einfordern, wenn wir selbst versuchen, uns gegenseitig zu verstehen. Was helfen all die Strukturen, die wir aufbauen mögen, wenn wir ständig an ihren Grundpfeilern sägen, der Solidarität untereinander? Die Tatsache, daß wir in der Psychiatrie waren, ei-

nen psychiatrischen Stempel haben, mag eine Gemeinsamkeit sein, aber wir sind zu verschieden in Herkunft, Glauben, politischer Überzeugung und persönlichen Vorlieben, als daß die psychiatrische Gemeinsamkeit – eine primär von außen definierte Gemeinsamkeit! – alle Probleme des Miteinanders lösen würde. Und wenn wir Respekt wollen, egal von wem, müssen wir uns selbst respektieren, auch dem Andersdenkenden mit Respekt gegenüberstehen, selbst wenn wir im Einzelfall seine oder ihre Meinung nicht teilen oder nicht einmal verstehen (siehe Kempker 1991). So wie wir Wahlmöglichkeiten einfordern für den Fall, daß wir Hilfe suchen und benötigen, haben wir uns auch gegenseitig das Recht zuzugestehen, uns die Form der veränderten Psychiatrie bzw. der Alternative zu wünschen und zu erarbeiten, die wir als die für uns sinnvolle wählen. Ist die Grundlage eine Veränderung in Richtung mehr Humanität, eine Veränderung in Richtung sinnvolle Alternative, in Richtung rechtlicher Gleichstellung, in Richtung bessere Lebensbedingungen: wieso sollten unterschiedliche Ausprägungen zu unüberbrückbaren Differenzen führen? Nur gemeinsam werden wir unsere Forderungen durchsetzen. ♦

Peter Lehmann, Berlin, ist Diplompädagoge, Autor und Verleger und Gründungsmitglied des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Trägerverein des Weglaufhauses Berlin). Seit 1994 Vorstandsmitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., seit 1997 Vorsitzender des Europäischen Netzwerks von Psychiatrie-Betroffenen und als Delegierter des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. Mitglied im Exekutivkomitee des European Regional Council der World Federation for Mental Health.

Quellen:

- CHAMBERLIN, JUDI: Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfebewegung, in: Kerstin Kempker/Peter Lehmann (Hg.): *Statt Psychiatrie*, Berlin 1993, S. 300-317
- PEECK, GISELA/VON SECKENDORFF, CHRISTOPH/HEINECKE, PIERRE: Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung, in: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 25. Jg. (1995), Nr. 4, S. 30-34
- KEMPKER, KERSTIN (Hg.): *Flucht in die Wirklichkeit*. Im Berliner Weglaufhaus, Berlin 1998 (in Vorbereitung)
- Kempker, Kerstin: *Teure Verständnislosigkeit – Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie*, Berlin 1991
- LAMOVEC, TANJA: Empowerment of psychiatric users, in: *Out Loud – New Thoughts about Mental Health from the States of Central and Eastern Europe* (London), Sommer 1997, S. 18-19
- LEHMANN, PETER: *Schöne neue Psychiatrie*, Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken; Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern, Berlin 1996
- WEHDE, UTA: *Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme*, Berlin 1991