

Peter Lehmann

Psychopharmaka nehmen oder ablehnen? Psychiatrie reformieren oder abschaffen? Ein unauflösbarer Widerspruch?

»Wir wollen eine andere Psychiatrie«, heißt es im Faltblatt des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), »wir fordern die Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmentalität 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 ca. 665 Psychiatriebetroffene organisiert. Wie die Umfrage zur Verbesserung bzw. Einführung von Qualität der psychiatrischen Behandlung (siehe <https://www.peter-lehmann.de/artikel/reform/umfrage.htm>) 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 stattdessen 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 wohltuenden 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 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 Psychiatriebetroffene 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 Psychiatriebetroffene 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

(siehe Judi Chamberlin: Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfebewegung, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann [Hg.]: Statt Psychiatrie, Berlin 1993, S. 300-317, Online-Ressource

<https://www.peter-lehmann.de/artikel/selbsthilfe/chamberlin.htm>; Tanja Lamovec:

»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).

Bei der 1995 erfolgten Befragung erklärten die BPE-Mitglieder, wie ein veränderter psychosozialer Bereich aussehen soll. 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 Psychiatrisierung geführt hatten.
- Häufig kam es zur Verletzung der Menschenwürde. Es gab keine – wie rechtlich vorgeschrieben – umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken.

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 Psychiatriebetroffenen ist die Psychiatrie samt Psychiatern insgesamt überflüssig. Allgemein wurden folgende Faktoren überflüssig gefunden: 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 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.

Die Vorschläge des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen

Wo immer Psychiatriebetroffene sich unbeeinflusst und frei äußern, wird dieselbe Kritik laut, werden vergleichbare Vorstellungen genannt. Einen ähnlich klingenden Forderungskatalog (siehe https://www.peter-lehmann.de/articles/lehmann/curr_opinion.htm) wie der BPE legte dieses Jahr das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen 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 Psychiatriebetroffener zu Hearings eingeladen werden. Auf allen Ebenen sollten Psychiatriebetroffene als Ombudsmänner und Ombudsfrauen vertreten sein.
- Es sollte unter Einbeziehung Psychiatriebetroffener 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.
- Psychiatriebetroffene sollten in die Ausbildung und Prüfungskommissionen von Psychiatern mit einbezogen sein, außerdem von Ärzten, PsychologInnen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen und BeschäftigungstherapeutInnen, 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 / Psychiatrische Alternativen

Wieso müssen solche Projekte wie Soteria, die Praxis wurden oder werden, immer im Ausland sein? Die beiden Ausnahmen, die es in Deutschland gibt, scheinen die Regel zu bestätigen, dass die institutionelle Psychiatrie hierzulande keine Alternativen zulässt. Die eine 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 Bundesangestellentarif – wenn auch auf relativ niedriger Stufe – orientierten Stellen. Die andere Ausnahme stellt die Haus-WG um Olaf Armleder in Oberriexingen in Baden-Württemberg dar, eine selbstverwaltete Gemeinschaft auf dem Land, die gemeinsam 12 Ar Land bewirtschaftet und nebenbei sogenannte akutpsychotische Menschen auffängt. Doch dieses Projekt beklagt sich – wie das Weglaufhaus in Berlin –, dass es bei seiner schweren Arbeit nicht genug finanzielle Unterstützung bekommt, dafür mehr als reichlich Auflagen. (Nachtrag: Laut Mitteilung von Olaf Armleder [November 1997] gibt es nur noch die Haus-WG; der darüber hinaus gehende ›therapeutische‹ Ansatz kann aus rechtlichen Gründen derzeit nicht praktiziert werden.)

Zu den in Deutschland sich noch in der Planungsphase befindenden Projekte 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 »Zufluchtshaus« 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 Psychiatriebetroffenen, 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 psychiatriebetroffene 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 Psychiatriebetroffenen, 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 einzuordnen, denn sie haben psychiatrisches Personal, klare Hierarchien, vielleicht gewähren sie ein bisschen Mitsprache (nicht alle wollen selbst entscheiden), 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 Widerspruch?

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, was man selbst will.

Doch Abschaffung der Psychiatrie und statt dessen Alternativen, das eine Extrem, würde sich lächerlich machen, wenn sich seine Position nicht auf die Interessen Psychiatriebetroffener bezieht, 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 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 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 (siehe beispielsweise https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pt_bv.htm), 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?

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 Tranquilizer kann zu Apathie führen, zu emotionaler Panzerung, Depressionen, Suizidalität, paradoxen Erregungszuständen, Verwirrtheits- und Delirzuständen, intellektuellen Störungen, Kreativitätseinbuße, 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. (siehe Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«; Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin 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, begegnen sich Leute, die Psychopharmaka ablehnen, und solche, die sie nehmen.

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 Krebsverdacht, 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 dar, 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 intraindividuelle Wirkungsunterschiede lässt sich nie mit Sicherheit voraussagen, wie eine bestimmte Dosis eines Präparats 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 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 Entzugserscheinungen 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 Psychiatrieverbänden und Pharmafirmen, insbesondere die lebenslängliche Neuroleptikaeinnahme durch gesetzliche Maßnahmen, Perfektionierung gemeindepsychiatrischer Überwachungssysteme und neue Verabreichungsformen zu erzwingen.
10. Ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe gibt es ebensowenig 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 aller Regel erschweren sie die Lösung dieser Probleme – finde 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 Betroffenen, 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 Psychiatriebetroffenen zu, die durch

psychiatrisch verursachte Nervenschädigungen oder soziale Konfliktsituationen gezwungen sind, psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen, um in irgendwelcher 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 deshalb über des 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 biologischen Psychiatrie, verantwortungsloser Politiker und profitorientierter Pharmafirmen ausgeht.

Das Spannungsverhältnis kann langfristig nur gemildert werden, wenn den Konsumentinnen und Konsumenten 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 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, einen 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 Miteinander lösen würde. Und wenn wir Respekt wollen, egal von wem, müssen wir uns selbst respektieren, auch dem Andersdenkenden mit Respekt gegenüberzutreten, selbst wenn wir im Einzelfall seine oder ihre Meinung nicht teilen. 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.

Copyright 1988 by Peter Lehmann, Berlin. Alle Rechte vorbehalten.