

Peter Lehmann

Der Stand der bundesdeutschen Antipsychiatrie-Bewegung

(unter Berücksichtigung ausländischer Erfahrungen und ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Inhaltsverzeichnis

1. Die rechtliche Situation von Psychiatrie-Betroffenen
 - a. Allgemeines (Historisches, Schadenersatz, Akteneinsicht, Ombudsmenschen)
 - b. Zwangsbehandlung und Psychiatrisches Testament
2. Behandlungsspezialitäten
 - a. Elektroschock
 - b. Neuroleptika
3. Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen
4. Öffentlichkeitsarbeit
5. Alternative Einrichtungen
 - a. Selbstorganisation
 - b. Alternative Hilfsformen
6. Kritik der Sozialpsychiatrie

1. Die rechtliche Situation von Psychiatrie-Betroffenen

a) Allgemeines

Historisches

Eine mehr oder weniger starke Opposition gegen den psychiatrischen rechtsfreien Raum gibt es schon seit dem letzten Jahrhundert. Dieter Storz berichtet über die bereits 1804 entstehende, sogar vom König mitgetragene Kritik an der institutionellen Psychiatrie (1). Die sogenannte Irrenrechtsreform wurde 1933 liquidiert: mit der Übergabe der totalen Macht über Leben und Tod an die SozialpsychiaterInnen.

Nach dem 2. Weltkrieg gab es in der BRD nur wenige Urteile, die den Machtbereich der PsychiaterInnen relativierten, so das E-Schock-Urteil von 1954 (2) und das Urteil im Fall Weigand (3). Ersteres Urteil sagte, dass die E-Schock-Verabreichung ohne Aufklärung über die Risiken widerrechtlich ist; letzteres sah grundsätzlich einen Schadenersatzanspruch gegenüber PsychiaterInnen für den Fall, dass das psychiatrische Gutachten, das zur Zwangsunterbringung führte, nachweislich mangelhaft war. Psychiatrie-Beschwerdezentren, die mit der Studentenbewegung anstanden, orientieren sich an den wenigen bestehenden, mehr oder weniger formalen Rechten von Psychiatrie-Betroffenen, die sie einklagen, und tragen infolgedessen wenig zur Änderung der Rechtslage bei.

Schadenersatz

Schadenersatzklagen gab es gegen ungerechtfertigte Unterbringung (Weigand), gegen ungerechtfertigte Diagnosen. Einige wichtige Prozesse laufen derzeit in Berlin und München an. Schadenersatzprozesse, wie sie in den U.S.A. üblich sind, mitunter mit Erfolg, wären auch in der BRD wünschenswert. Beispiele: Marilyn Rice (Arlington, Virginia) klagt auf 150 Millionen \$ Schadenersatz wegen E-Schock-bedingter Gedächtnisstörungen. Schadenersatzzahlungen wegen Neuroleptika-bedingter tardiver Dyskinesie (irreversibler veitstanzartiger Muskelstörungen) in Millionenhöhe gab es in den U.S.A. auch schon (4). Erst am 12.6.89 wurde die 18. erfolgreiche Klage wegen tardiver Dyskinesie entschieden, wonach James M. Angliss (Tacoma, Washington State) 600.000 \$ und seine Mutter wegen der damit verbundenen emotionalen Belastung 60.000 \$ zugesprochen bekamen (5). Probleme der Übertragbarkeit sind das unterschiedliche Rechtssystem, möglicherweise zu wenige kompetente AnwältInnen, fehlende Unterstützung von seiten kompetenter MedizinerInnen oder PsychiaterInnen, wie in den U.S.A. beispielsweise von Peter Breggin, sowie die katastrophale finanzielle Unterbewertung körperlicher Gesundheit von seiten der Justiz.

Akteneinsicht

Zur Frage der Akteneinsicht entschieden die Gerichte kontrovers, ein generelles Recht auf Akteneinsicht für Psychiatrie-Betroffene gibt es noch nicht (6). Mit optimistischer Herangehensweise lässt sich allerdings eine Tendenz ausmachen hin zur Stärkung von Betroffenen-Rechten; diese schlug sich zuletzt nieder in einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (7), das einem ehemals zwangsuntergebrachten Mann das Recht zugesteht, sich einen Rückfall zu holen, wenn er durch die Akteneinsicht die Gründe für seine Zwangseinweisung erfährt.

Ombuds-Frauen und -Männer

Ombuds-Frauen und -Männer sind ebenfalls ein immer wiederkehrendes Thema in der Debatte. In Berlin tritt seine männliche Version bereits im September 1983 im Rahmen der Debatte um die Reform des sogenannten Psychisch-Kranken-Gesetzes in Erscheinung (8). In den aktuellen erwähnten Berliner Koalitionsvereinbarungen sind die Ombudsmenschen erneut angekündigt; die Frage, wer sie einsetzt, wird nicht behandelt (9). Mit entsprechenden Rechten und finanziellen Möglichkeiten ausgestattet, hat z.B. das Gremium der Ombudsfrauen und -männer von New York State gute Möglichkeiten, psychiatrische Verbrechen öffentlich zu machen (siehe deren Zeitschrift Quality of Care), zumindest Sand im Getriebe des psychiatrischen Machtapparates zu sein – vorausgesetzt, dass weder PsychiaterInnen noch diejenigen Instanzen für die personelle Besetzung der Stelle(n) zuständig sind, die auf der gesetzgeberischen Seite für den Erhalt des rechtsfreien Raums der Psychiatrie sorgen.

b) Zwangsbehandlung und Psychiatrisches Testament (10) Gesetzesreformversuche gingen von der AL Berlin aus (11); der eigene PsychKG-Entwurf von 1984, der von der CDU-FDP-Mehrheit abgelehnt wurde, sah u.a. ein Verbot von Zwangsbehandlung vor, von operativen Eingriffen und von E-Schocks; gemäß der sogenannten starken Version von Szasz' Psychiatrischem Testament war an eine Zwangsbehandlung nur noch gedacht für den Fall, dass die Betroffenen dies vorher (d.h. vor der Psychiatrisierung) ausdrücklich gewünscht hatten und akut zu einer Äußerung des natürlichen Willens als unfähig galten (§ 28). Das stattdessen mit den Stimmen von CDU, FDP und SPD beschlossene PsychKG (»Gesetz für psychisch Kranke«, veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 17, S. 586ff. vom 20.3.1985) lässt eine Zwangsbehandlung dann zu, wenn 1. die PsychiaterInnen nicht weiter warten wollen (»können«), 2. die (in der Regel zwangsweise verpassten) Gebrechlichkeits-Pfleger einwilligen, 3. die Behandlung die Persönlichkeit nicht in ihrem Kernbereich ändern würde (§ 30). Dass die Behandlung mit Elektroschocks in einer künstlichen Auslösung von epileptischen Anfällen besteht und dadurch zur Zerstörung von Hirnsubstanz und u.a. zu schweren Gedächtnisstörungen beiträgt, somit wiederum zur fundamentalen Persönlichkeitsveränderung führen kann, stört kaum eine/n machthabende/n RichterIn, StaatsanwältIn oder

PolitikerIn. Auch die unter Neuroleptika-Behandlung mögliche Persönlichkeitsveränderung, die PsychiaterInnen mit dem Syndrom der gebrochenen Feder (Helmchen) oder mit tardiver Demenz (im Laufe der Behandlung entstehenden Verblödung) (Breggin) umschreiben, hat mitnichten die Beachtung von § 30 PsychKG zur Folge.

Auf dem letztjährigen Vormundschaftsgerichtstag stellte sich heraus, dass das Berliner PsychKG im Vergleich zu den anderen Landesunterbringungsgesetzen das relativ am wenigsten unerträgliche ist. Gleichzeitig wurde – für das neue Betreuungsgesetz gefordert: Gültigkeit von Vorausverfügungen (sogenannte schwache Version des Psychiatrischen Testaments); Psychiatrisch Untergebrachte sollen rechtlich nicht mehr schlechter gestellt sein als StraftäterInnen; Zwangsbehandlung nur für akut lebensbedrohliche Krankheiten, die nichts mit der Unterbringung zu tun haben; die Untergebrachten gelten so lange als gesund, bis ihre behauptete psychische Krankheit nachgewiesen ist (Gesundheitsvermutung analog der Unschuldsvermutung im Strafrecht); keine Zwangsbehandlung vor dem Unterbringungstermin. Justizminister Engelhardt (Bonn, FDP) hat aufgrund dieser Empfehlung tatsächlich eine – wenn auch propychotherapeutische – Formulierung ins Betreuungsgesetz eingebaut, ungefähr so: »Vorausverfügungen werden berücksichtigt, sofern sie dem Wohl der Betreuten dienen.« Diese Version des Psychiatrischen Testaments ist als die läppische Version zu bezeichnen: aufgrund der Tatsache, dass derzeit noch die psychiatrischen ExpertInnen die Definitionsgewalt über das »Wohl der Betroffenen« besitzen.

Interessant in diesem Zusammenhang ist ein aktuelles Urteil aus den U.S.A. (12); das California Supreme Court entschied am 22.6.1989 in vierter und höchster Instanz, dass Menschen, die für 3 bis 14 Tage zwangsuntergebracht sind, in Nicht-Notfall-Situationen ohne informierte Zustimmung nicht mit antipsychotischen Medikamenten behandelt werden dürfen (13). Einen Notfall sah das Gericht nur für den Fall als gegeben an, wenn eine plötzliche, merkliche Veränderung in der Verfassung der Betroffenen einträte, so dass sofort Handlungsbedarf bestehe für die Lebenserhaltung sowie für die Verhütung schweren körperlichen Schadens für die Betroffenen und für andere.

In den neuen Koalitionsvereinbarungen SPD/AL in Berlin wurde nun der Wille festgehalten, das Psychiatrische Testament ins PsychKG zu integrieren, wobei allerdings noch nicht einmal festgelegt wurde, ob an die schwache oder starke Version gedacht wurde. Konkrete Maßnahmen zu diesem Schritt wurden noch nicht eingeleitet. Es zeichnet sich allerdings ab, dass das Psychiatrische Testament ein erfolgversprechender Ansatz gegen Zwangsbehandlung ist; die Berliner Erfahrungen, d.h. ca. acht Anwendungen des Psychiatrischen Testaments in 2 Jahren hatten zur Folge: kein Verstoß der PsychiaterInnen dagegen bei klarer Haltung der Betroffenen und Unterstützung von Anwalt/AnwältIn; nachfolgende rasche Entlassung aus der Anstalt selbst bei längerfristigen Zwangsunterbringungs-Zeiträumen.

Es bestehen also vier Möglichkeiten, die Rechte der Betroffenen zu stärken:

1. Absicherung des Psychiatrischen Testaments (ohne Wenn und Aber), schwache oder starke Version
2. Sicherstellung der Akteneinsicht (ohne Wenn und Aber)
3. Schaffung von psychiatrieunabhängigen Ombudsmenschen mit Recht auf Akteneinsicht, Publikationsmöglichkeiten und finanzieller Absicherung
4. Zulassung von Zwangsbehandlung nur für den Fall nachzuweisender, von der Notwendigkeit her überprüfbarer Lebensrettung entsprechend der Forderung und Formulierung des Vormundschaftsgerichtstages.

Alle vier Punkte, rechtlich abgesichert, würden auch die Ausgangsbedingungen für Schadenersatzklagen und ggf. Strafanträge gegen PsychiaterInnen wesentlich verbessern, vermutlich der einzige Weg zur Veränderung der jetzigen Situation.

2. Behandlungsspezialitäten

a) Elektroschock

Auf einer primär politischen Ebene fand am 2.11.1982 in Berkeley / Kalifornien eine Volksabstimmung statt, auf der 61 % der Abstimmenden (= 26.000 Menschen) mit Ja dafür stimmten, dass der Vollzug des Elektroschocks ein Straftatbestand, und zwar ein Vergehen darstellen solle, das mit Gefängnis bis zu sechs Monaten sowie 500 Dollar Geldstrafe zu ahnden sei. Dieser Abstimmung in einer traditionell kritischen Universitätsstadt war eine mustergültige Öffentlichkeitsarbeit vorausgegangen, die in den Hearings mit Peter Breggin (Psychiater), John Friedberg (Neurologe), Leonard Frank (E-Schock-Überlebender), David Richman (Arzt), Ted Chabasinski (Jurist) u.a. gipfelten. Alles über diesen einmaligen Vorgang ist abgedruckt in der Zeitschrift *Madness Network News* (14). Leider wurde dieser Volksentscheid, wie Jenny Miller später (15) mitteilt, per Gericht aufgehoben, und zwar gerüchteweise mit dem Argument, dass einem (zu Klagezwecken von PsychiaterInnen vorgeschobenen) Patienten dieses bewährte und von der Arzneimittelbehörde zugelassene Behandlungsmittel nicht vorenthalten werden dürfe. Trotz massiven Drucks der ElektroschockgegnerInnen Berkeleys verzichtete das Stadtparlament darauf, gerichtlich für die Aufrechterhaltung des Volksentscheids zu kämpfen.

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 Verbotsforderung prüfen sollte. Ergebnis war schließlich ein 200-seitiger Report, in dem die 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 (hilfsweise 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 (16).

Über den Widerstand gegen Elektroschocks in der BRD ist wenig bekannt, wahrscheinlich gibt es auch wenig zu berichten. Einer der wenigen standhaften GegnerInnen ist Erwin Pape. Seine Aktion, die DDR-Neurologin Helma Sommer für die Verleihung des Nobel-Preises vorzuschlagen, fand keine Unterstützung, nicht zuletzt wegen des Einspruchs der TierversuchsgegnerInnen. Helma Sommer hatte Katzen elektrogeschockt, hinterher deren Gehirne zerlegt und fachintern über die vorgefundenen, massiven Schäden publiziert (17). Vor ca. 12 Jahren weigerten sich im Berliner Westendkrankenhaus eine Reihe von AnästhesistInnen, durch ihre Mithilfe zum Vollzug des ihrer Meinung nach unethischen E-Schocks beizutragen. Sie wurden diszipliniert und verließen nach und nach Westberlin bzw. verschwanden in der Versenkung. In der BRD scheint einzig Hessen eine Sonderstellung einzunehmen: Die im Anstalts-Träger, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen, organisierten Anstalts-Direktoren besprachen ca. 1970 bis 1972 bei einer Zusammenkunft, wegen der notwendigen komplizierten Anästhesie-Maßnahmen die E-Schock-KandidatInnen zwecks Vollzug in Uni-Anstalten verlegen zu lassen, was seitdem auch getan wird, jedoch eine wenigstens minimale verwaltungstechnische Hürde für außerhalb von Uni-Anstalten angestellte schockwütige PsychiaterInnen darstellt. Dass verwaltungstechnische Maßnahmen sehr wohl gegen E-Schocks wirken können, zeigt die Praxis im U.S.-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 PatientInnen, 2. der bzw. die (die Indikation stellende) PsychiaterIn, 3. ein/e weitere/r PsychiaterIn, 4. der (sogenannte) Medizinische Direktor der Anstalt und ein Extraordinary Treatment Committee, welches durch das Gericht eingesetzt wird. Dieses Komitee wird gebildet durch 5. eine/n vierte/n PsychiaterIn, 6. eine/n NeurologIn und 7. eine/n AnwältIn. Weiterhin ist 8. noch ein/e AnwältIn beteiligt, die die Betroffenen vertritt. Bei angenommener Urteilsunfähigkeit der Betroffenen, die nicht rechtsgültig der Behandlung zustimmen könnten, 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 Gerichtsentscheid kein Gebrauch mehr gemacht worden sei (18).

Es müsste geklärt sein, wie derzeit – bei einer Renaissance des E-Schocks – ein Schutz am wirksamsten erfolgen kann.

Offene Fragen:

1. Soll die Hauptargumentation gegen den E-Schock als solchen oder aber gegen dessen zwangsweise Verabreichung erfolgen? (In New York City beispielsweise lassen sich viele Frauen fortgeschrittenen Alters freiwillig ambulant schocken.)
2. Ist es ratsam, machbar, vertretbar, sich nicht mehr prinzipiell gegen den E-Schock auszusprechen, sondern ihn unter bestimmten Bedingungen zuzulassen, z.B. nur noch
 - a. bei nachgewiesener febriler (fiebriger) oder perniziöser (gefährlicher) Katatonie? Diese ist allerdings differentialdiagnostisch kaum unterscheidbar vom Neuroleptischen Malignen Syndrom – einem Symptomenkomplex, der als Folge der Neuroleptika-Behandlung in Erscheinung tritt mit starkem Fieberanfall, Muskelstarre, Reglosigkeit, Stumpfsinn, Instabilität des vegetativen Systems wie z.B. Blutdruckschwankungen, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen (19; 20) sowie
 - b. nach Zustimmung einer komplizierten Regelung nach dem Alabama-Vorbild?
3. Gibt es die febrile (perniziöse) Katatonie überhaupt (noch)? Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten? (Laut psychiatrischer Literatur taucht sie durchaus noch auf, wenn auch extrem selten. wird diese febrile Katatonie differentialdiagnostisch richtig erkannt, gibt es offenbar ausreichende schulmedizinische internistische Behandlungsmöglichkeiten (siehe die beiden obengenannten Artikel), allen voran die Gabe des Spasmolytikums (krampflösenden Mittels) Dantrolen, verbunden mit der Zufuhr von Elektrolyten und evtl. einer minimalen Dosis eines niederpotenten Neuroleptikums, vergleichbar deren Anwendung im Bereich der Anästhesie.)
4. Ist eine Mitarbeit in Zustimmungskommissionen schändlich (möglicherweise muss gelegentlich zugestimmt werden, z.B. wenn die Betroffenen es tatsächlich wollen, z.B. bei langanhaltenden unerträglichen Depressionen, die durch das Tätigwerden von Psychiatern im allgemeinen nicht gerade geringer werden)? Oder ist eine Mitarbeit erstrebenswert, um Schlimmeres zu verhüten?
5. Wie lösen wir den Konflikt zwischen fundamentaler Ablehnung des E-Schocks und – ggf. öffentlich zu vertretender – (Schein-) Zugeständnisse zur Definition (und damit Einschränkung) der Vollzugsmöglichkeit?

6. Ist es sinnvoll, auf Einsetzung einer ExpertInnen-Kommission zur Prüfung der Verbotsforderung plädieren, wenn der ExpertInnen-Status von Psychiatern und von solchen PolitikerInnen bestimmt wird, die bisher den rechtsfreien Raum der Psychiatrie absichern helfen?
7. Wo kriegen wir die notwendige Menge an Leuten, Energie, Fachwissen, Zeit und Geld her, um ein ähnliches massives Engagement wie die Berkeley-Leute aufzubringen – vorausgesetzt, die Strategie ist juristisch sinnvoll, per Parlamentsbeschluss ein E-Schock-Verbot herbeizuführen?
8. Außerdem: Weder der Insulin-Schock ist passé noch die Lobotomie; wie verfahren wir mit diesen Schändlichkeiten? Wie reagieren wir auf die Versuche von Sozialpsychiatern, biochemische Parameter für das Vorliegen einer psychischen Abweichung von der Norm auszumachen und diese gentechnologisch – auch präventiv, bevor die psychische Krankheit ausgebrochen ist – auszumerzen?

b) Neuroleptika

Auf Einladung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Schöneberg und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands trat im Oktober 1988 der schwedische Mediziner Lars Martensson auf einem Regionalkongress auf und sprach sich für das generelle Verbot von Neuroleptika aus. Diese Forderung hatte er bereits 1985 in Kopenhagen erhoben. Seit Ende letzten Jahres stellen Grüne Bezirksverordnete in diversen Münchner Bezirken Anträge auf Verbot von hochpotenten und von Depot-Neuroleptika. (Die Potenz eines Neuroleptikums bezieht sich bekanntlich auf dessen relative Stärke, den Muskelapparat zu schädigen. Von der neuroleptischen Potenz unberührt haben auch die niederpotenten Neuroleptika eine starke abhängig machende Wirkung sowie nicht minder schädliche Auswirkungen auf das vegetative System.) Abgesehen davon, dass die Verbotsanträge in den Bezirksparlamenten abgelehnt wurden, so ist vor der Weiterführung dieser Praxis ein Argument zu überprüfen, das häufig von (in aller Regel in Sachen Recht und Gesetze nicht gerade kompetenten) PsychiaterInnen kam, die ebenfalls nach ihrer Meinung gefragt wurden: Diese Parlamente wären gar nicht befugt, ein von Bundesgesundheitsamt zugelassenes Mittel zu verbieten. Da sich der Verbotsantrag jedoch grundsätzlich eignet, das Thema Neuroleptika-Schäden überhaupt in die öffentliche Diskussion zu bringen, schließen sich inzwischen andere Grüne und Alternative Gruppen dieser Strategie an.

Aufgrund der (durch die behandlungsbedingten Rezeptorenveränderungen vor allem körperlich) abhängig machenden Wirkung der Neuroleptika ist vor einem Verbotsantrag auszudiskutieren, ob es inzwischen – von hochpotenten Neuroleptika – abhängig gemachte LangzeitpatientInnen gibt, die für den Rest ihres Lebens auf eine Zufuhr ihrer speziellen neuroleptischen Gifte angewiesen sind, da der Stoffwechsel auf einen Entzug mit andauerndem Irrsinn (exogener Natur) reagieren könnte oder im einzelnen Fall durchaus tut. Wenn ja, so hieße das, dass sich die Hauptargumentation vor allem gegen die (erfahrungsgemäß Weichen in Richtung Drehtürpsychiatrie stellende) Erstbehandlung mit diesen Neuroleptika erfolgen müsste.

In den Berliner Koalitionsvereinbarungen ist von einer Expertenkommission die Rede, die die Voraussetzungen überprüfen soll, ob ein Verbot von Neuroleptika zu erlassen sei. Aufgrund der bei Depot-Neuroleptika sicher eintretenden Langzeitschäden (Leberschäden, tardive Dyskinesie) ist diese Forderung problemlos zu begründen. Wie es möglich wird, dass in der Kommission tatsächliche ExpertInnen sitzen, ist unklar. Es gibt GegnerInnen und BefürworterInnen von Depot-Neuroleptika sowohl unter Betroffenen und MedizinerInnen als auch unter PsychiaterInnen. Kritische VertreterInnen der beiden letztgenannten Gruppen haben quantitativ selten den Mut, öffentlich Stellung zu beziehen. Es stellt sich die Frage, welche Kriterien an den ExpertInnen-Status zu stellen sind: Sprechen wir ausschließlich Betroffenen der ExpertInnen-Status zu, so gibt es sicher einige (unter dem Einfluss von Depot-Neuroleptika stehende), die sich gerne – aus was für Motiven auch immer – für die Weiterverabreichung von Depot-Neuroleptika aussprechen. Kommt es zu

einer ExpertInnen-Entscheidung, bei der sich die ExpertInnen maßgeblich aus den Reihen der Anstalts- und Gemeindepsychiatrie sowie deren MitläuferInnen rekrutieren, wird das Ergebnis ähnlich wie bei der E-Schock-Kommission in Toronto ausfallen. Nicht zuletzt die Gemeindepsychiatrie ist ohne die Verwendung von Depot-Neuroleptika undenkbar. Denkbar – soweit finanzierbar – wäre allerdings ein Hearing mit VertreterInnen der deutschen und europäischen Antipsychiatriebewegung, als öffentlichkeitswirksames Mittel, ansatzweise ein kritisches Bewusstsein größerer Teile der Bevölkerung herzustellen. Soweit jedoch – was vorhersehbar ist – gegen ein Verbot von Depot-Neuroleptika entschieden wird: was soll dann noch gefordert werden?

Aufgrund der massiven Vergabe von psychiatrische Psychopharmaka (Tranquilizer, ›Anti‹-Depressiva, Lithium und Neuroleptika) durch normale MedizinerInnen (Praktische ÄrztInnen, KinderärztInnen, ÄrztInnen in Altenheimen usw.) tritt oft die Forderung auf, nur noch FachärztInnen, womit PsychiaterInnen gemeint sind, sollten diese Mittel verschreiben dürfen. Dem steht gegenüber, dass deren Berufsausbildung und -ausübung grundsätzlich in Frage zu stellen ist: Soziale und psychische Probleme sind nun einmal nicht mit (pseudo-) medizinischen Mitteln zu lösen, jedenfalls nicht im Sinne der Menschen, die sich Werten wie Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Kreativität, persönliches Wachstum, Kritikfähigkeit, Einheit von Körper, Geist und Psyche usw. verpflichtet fühlen (wollen). Außerdem ging der inflationäre Gebrauch von psychiatrischen Psychopharmaka gerade von PsychiaterInnen aus. Die entgegengesetzte Position spricht nur noch echten, das heißt medizinischen FachärztInnen das Recht auf Anwendung von (minimaldosierten niederpotenten) Neuroleptika zu, nämlich AnästhesistInnen und InternistInnen zur Schmerzbetäubung sowie zur Stoffwechsel- und Körpertemperatur-Reduzierung bei Operationen und lebensbedrohlichen Erkrankungen wie z.B. febriler Katatonie.

Offene Fragen:

1. Inwieweit ist es angemessen, sich in der Verbotsforderung zu beschränken auf a) Depot-(Langzeit-) Neuroleptika, b) hochpotente Neuroleptika, c) Erstbehandlung mit Neuroleptika?
2. Wie lässt sich die fundamentalistische Forderung nach »Anwendung der Neuroleptika nur noch durch Nicht-PsychiaterInnen« vereinbaren mit dem realpolitischen Wunsch, die Vergabe dieser Mittel (und der anderen psychiatrischen Psychopharmaka) quantitativ drastisch einzuschränken?
3. Inwieweit ist es einerseits moralisch gerechtfertigt, dass die eigene Lebensmaxime, nämlich das Leben auch in Ausnahmesituationen ohne psychiatrische Drogen gestalten zu wollen, Menschen mit entgegengesetzter Meinung aufgezwungen wird? Gibt es andererseits das uneingeschränkte Recht auf Selbstschädigung (bezahlt von der Krankenkasse)? Wenn ja, wäre dann nicht auch zu pochen auf das Recht auf Wiederzulassung von Contergan, dessen Schwangerschaftsschäden sich im Prinzip nicht unterscheiden von denen beispielsweise der Neuroleptika?

3. Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen

Immer wieder gab es bei der Frage, wer stellt die Basis dar, die berechtigt ist, die Interessen der Psychiatrie-Betroffenen zu artikulieren, eklatanten Streit. Zwar klingt die Formulierung »Ich als Betroffene/r sage...« in einer Iatrokratie (von ÄrztInnen beherrschten Gesellschaft) prinzipiell sympathischer als das »Ich als Arzt...«, denn Erfahrung am eigenen Leibe ist allemal glaubhafter als Multiple-Choice-Wissen. Andererseits treiben selbst die schlimmsten Erfahrungen die absurdesten Blüten der Verarbeitung hervor. Nur noch durch das Verständnis der Funktionsweise von Gehirnwäsche oder durch die psychoanalytische Sicht der Identifikation mit dem Aggressor lässt sich begreifen, dass Menschen mit schlimmen psychiatrischen Erfahrungen (incl. Zwangsbehandlung, E-Schock usw.) als Behandlung im wohlverstandenen Interesse

interpretieren. Ausnahmsweise sind im psychiatrischen Apparat Beschäftigte aufzufinden, die sich in der individuellen PsychiaterIn-PatientIn-Beziehung als (positive) Menschen erweisen; von vergleichbaren Erfahrungen wird auch von KZ-Überlebenden berichtet. Da es inzwischen auch noch eine Reihe von kritischen, z.T. sogar Psychiatrie-betroffenen MedizinerInnen und gar PsychiaterInnen gibt, ist eine allgemeine Verwirrung entstanden, die vorhandene Denkstereotypen ins Wanken gebracht und erstmals das Entstehen einer offenen, kreativen Diskussionsbasis ermöglicht hat.

Schon in der Vergangenheit gab es Versuche antipsychiatrisch orientierter Leute, die die Richtung der Anti-Psychiatrie-Diskussion programmatisch (mit) zu gestalten. Dies schlug sich u.a. nieder 1. in den beiden Antipsychiatrie-Programmteilen der Berliner AL-Wahlprogramme von 1981 (21) und 1985 (22), 2. dem Kompromisspapier, das bei einem von Bundesgrünen und AL veranstalteten Treffen zwischen anti- und sozialpsychiatrisch orientierten Leuten im Dezember 1984 in Berlin zustande kam (23), sowie 3. in der Mitwirkung bei der Diskussion zum Betreuungsgesetz-Entwurf (24).

Zu 1.: Beide Programme, jeweils Kompromisse, traten ein für den vollständigen bzw. weitgehenden Ausstieg aus der Psychiatrie als solcher, für das Diagnosen-unabhängige Gelten der Menschenrechte für Psychiatrie-Betroffene, für die Verhinderung der totalitären Gemeindepsychiatrie, für die Übernahme psychiatrischer TäterInnen nur nach Zustimmung der Betroffenen, und für den Entwurf eines (bombastischen) Systems menschlicher Hilfeleistung, angefangen von Kommunikationszentren mit therapeutischen Angeboten (auf freiwilliger Basis, ähnlich dem KommRum Berlin, allerdings die Möglichkeit der Selbstverwaltung offenlassend) über Ver-rücktenhäuser (mit dem Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe) bis hin zu Krisen-Stationen in Krankenhäusern, wo allerdings weder Akten noch Stigmatisierung durch Krankheitsbegriffe noch Zwangsmittel noch PsychiaterInnen drohen; alles eingebettet in die allgemeine Demokratisierung und Verbesserung der Lebensverhältnisse.

Zu 2.: Das Kompromisspapier zwischen Anti- und Sozialpsychiatrie war etwas weicher als die obengenannten AL-Wahlprogrammteile, aber immer noch recht fortschrittlich. Die Forderungen: Abschaffung der Anstalten ohne Wenn und Aber; sofortiger Aufnahmestopp; Verbot von Zwangsbehandlung, Psychopharmaka-Versuchen, Lobotomie, Zwangssterilisation, Fixierung, Kardiazol-, Insulin- und Elektroschock-Vollzug; jährliche Reduzierung der Gelder für die Anstalten und Umleitung der Ersparnisse an alternative Hilfeformen; Verhinderung der Gemeindepsychiatrie im Sinne der Psychiatrie-Enquête, keine Verdoppelung der Psychiatrie durch ambulante psychiatrische Institutionen; keine Weiterführung des Psychiatrie-Modellprogramms; Soziale Unterstützungsmaßnahmen wie Mindesteinkommen, Arbeitskooperativen, Schaffung von Wohnformen aller Art, jedoch ohne Therapiezwang; Stärkung der Selbstorganisation.

Da sich in der Vergangenheit immer wieder auch VertreterInnen sich fortschrittlich verstehender Parteien gerade von Basisteilen mit wenig Einflussmöglichkeiten (wie z.B. Psychiatrie-Betroffene, deren Worte oft nichts gelten) abheben, schlug Trude Unruh von den Grauen Panthern bei diesem Treffen vor, nach dem Vorbild der Grauen Panther mit den Bundesgrünen einen Sprechervertrag öffentlich-moralischer Natur anzuschließen, in welchem sich die Fraktion der Grünen verpflichtet, die im Dezember 1984 ausgehandelten Forderungen für die parlamentarische Praxis zu übernehmen. Das Kompromisspapier wurde von Wolfram Pfreundschuh vom Türspalt (München) zum Sprechervertragsentwurf verarbeitet, die Kritik interessierter Gruppierungen floss in die Überarbeitung des Sprechervertragsentwurfs ein, wie er nun seit 1986 im Anhang des »Chemischen Knebels« veröffentlicht wurde (25). Es stellt sich nun die Frage, wie weiter mit diesem Projekt verfahren wird: Besteht breites Interesse in der antipsychiatrischen Bewegung, den Vertrag durchzusetzen? Mit wem, wo Trude Unruh kürzlich aus der Grünen-Fraktion ausgeschlossen wurde? Gibt es in der Grünen-Fraktion ein durchsetzungsfähiges antipsychiatrisches Potential? Bisher bestimmen vor allem der Elektroschock-Lehrer und Gemeindepsychiatrie-Apostel Dörner und seine MitläuferInnen die dortige

Position bestimmen. Ein anderer einflussreicher Psychiater bei den Grünen ist der Zwangsbehandlungsbefürworter Wulff: Selbst die Tatsache, dass die Jubel-(»Fest«)Schrift zu seinem 60. Geburtstag von Pharmamultis wie Hoffmann-La Roche, Sandoz und Ciba-Geigy finanziert wurde, treibt niemand die Schamröte ins Gesicht, wenn ausgerechnet dieser nicht minder schreckliche Psychiater grüne Positionen erarbeiten soll.

Zu 3.: Die nur formale Beteiligung antipsychiatrischer VertreterInnen bei der Diskussion zum Betreuungsgesetzentwurf der Grünen stellte die Frage in den Vordergrund, ob es überhaupt sinnvoll ist, sich a) auf parteipolitisches Geplänkel einzulassen, sich b) auf eine Partei zu konzentrieren, sich c) gar auf die Grünen zu verlassen, die mit ihrem Gesetzentwurf den Betreuten alle Möglichkeiten nehmen wollten, selbst über ihre medizinische oder psychiatrische Behandlung zu bestimmen (24), und einem kritischen Pochen auf das verfassungsmäßige Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit völlig verschlossen blieben. Kritik wird auch gegen eine allzu große Annäherung an die AL Berlin laut, etwa wenn es dort möglich ist, dass eine psychiatriehörige Krankenschwester wie Frau Schwarzenau Gesundheitsstadträtin werden kann, dass die Irren-Offensive als starke, langjährig tätige Selbsthilfe-Organisation nicht zur Vorbereitung der Koalitionsverhandlungen eingeladen wird, dass das Kurzwahlprogramm zur Wahl 1989 nicht eine einzige Aussage zur Psychiatriepolitik enthält.

Offene Fragen:

Können die scheinprogressiven SozialpsychiaterInnen erfolgreich von ihren Machtpositionen in grün-alternativen Parteien verdrängt werden? Ist es sinnvoll angesichts beschränkter Energievorräte, sich nicht in parteipolitischem Kampf zu verschleißen? Besteht die Gefahr, dass eine allzu starke parteipolitische Orientierung die Antipsychiatriebewegung zersplittert? Ist es möglich, durch evtl. handstreichartige Powerpolitik auf Dauer an Einfluss zu gewinnen?

Welche anderen Gremien, Parteien, Organisationen bieten sich als erfolgversprechende Einflussgebiete für die Antipsychiatriebewegung an? Gibt es in irgendeiner Form eine Einflussmöglichkeit auf die vollständig von SozialpsychiaterInnen dominierte SPD? Lohnt es sich, über den Rest der Parteien nachzudenken? Gibt es bündnispolitische Potentiale unter den im psychiatrischen Machtapparat Tätigen, die das Treiben ihrer KollegInnenschaft missbilligen und die öffentlich dagegen auftreten? Sind einzelne Personen bekannt, die schon einmal bei Veranstaltungen das falsche Kastengefühl durchbrochen und sich offen über die politische Seite des verhängnisvollen psychiatrischen Machtanspruchs ausgesprochen haben?

4. Öffentlichkeitsarbeit

Selbstbestimmte Öffentlichkeitsarbeit zur Psychiatriefrage kann stattfinden durch Zeitschriften, Bücher, einzelne Artikel, Vorträge auf Kongressen, aufsehenerregende politische Aktionen, öffentlichkeitswirksame parlamentarische Aktivitäten wie z.B. Anfragen und Anträge.

An antipsychiatrischen Zeitschriften gibt es im deutschen Sprachraum derzeit nur noch die Irren-Offensive, nachdem der Türspalt sein Erscheinen eingestellt und die Zeitschrift zur Antipsychiatrie (als Beiblatt) sich nicht gehalten haben; die Unbequemen Nachrichten der Beschwerdezentren sind schon lange nicht mehr gesichtet worden.

Der Versuch des schweizerischen sozialpsychiatrischen Blattes Pro Mente Sana Aktuell, auch Gegenpositionen zu Wort kommen zu lassen (26), wird derzeit erwartungsgemäß von den GeldgeberInnen, nämlich Anstalts- und SozialpsychiaterInnen, abgewürgt. Bei tatsächlich zeitweise offen verlaufenden Diskussionen wie etwa zur Psychiatrie- und speziell Neuroleptika-Frage in der Schweizer Wochenzeitung (27) oder nachfolgend zum Thema tardive Dyskinesie in Dr. med. Mabuse (28) greifen immer nur wenige antipsychiatrisch eingestellte Menschen ein, zudem meist dieselben. An antipsychiatrischen Büchern, die im

deutschsprachigen Raum erschienen sind und sich kritisch mit der Behandlungspraxis auseinandersetzen, gibt es derzeit gerade drei: »Chemie für die Seele« (29), »Der chemische Knebel« (30) und »Irrsinn Psychiatrie« (31). Als Übersetzung passt in diese Reihe noch Breggins »Elektroschock ist keine Therapie« (32).

Einzelne Beiträge in normale Zeitschriften oder in andere Medien hineinzubringen ist äußerst schwierig, da deren Redaktionen durchsetzt sind von MitläuferInnen der Sozialpsychiatrie. Gibt es Freiräume, wie dies vor Jahren beispielsweise beim SFB der Fall war, treten sofort MitläuferInnen der Sozialpsychiatrie auf den Plan wie z.B. Heidrun Schmidt und setzen die weitgehende Gleichschaltung der Berichterstattung durch. Manche Zeitungen wie beispielsweise die Tageszeitung sind so fest in der Hand einzelner Sozialpsychiatrie-Anhänger (hier: Hartung), dass kritische, fundamentalistische Berichte von vornherein unmöglich oder nur mit Taktiererei (Warten auf Krankheiten oder urlaubsbedingte Abwesenheit) denkbar sind.

Öffentlichkeitsarbeit durch Teilnahme auf Kongressen setzt zumeist Verbindungen zu den Veranstaltenden voraus; nur selten kommt es zu Einladungen von VertreterInnen der Antipsychiatrie. Die etwas zunehmende Teilnahme an Kongressen der DGSP kann als Erstarkung der eigenen Position gewertet werden, birgt allerdings die Gefahr a) der Vereinnahmung oder b) zumindest der Aufwertung dieser Interessenorganisation psychiatrischer TäterInnen, sofern nicht eine klare öffentliche Abgrenzung erfolgt.

Aufsehende politische Aktionen lassen sich nicht beliebig aus dem Ärmel schütteln, schon gar nicht ohne die – auch quantitativ – notwendige personelle Unterstützung. Kulturellen Aktionen, die antipsychiatrische Inhalte vermitteln, mangelt es meist an tatkräftigen interessierten Menschen. Denkbar wäre vieles: Ausstellungen von Kunstwerken ehemals psychiatrisierter Menschen, Ausstellung Nie wieder Psychiatrie! (ähnlich Nie wieder Krieg!, Laien-Theater, antipsychiatrische Filmreihen (ist in Berlin geplant für den November 89). Nötig wäre eine zentrale Koordination, auch als Sammelstelle für überall individuell vorhandene Potentiale.

Offene Fragen:

Wie kann es gelingen, gezielter, umfangreicher, mit mehr Absprache und mit relativ geringem Aufwand mehr Einfluss in den Medien zu erreichen? Ist möglicherweise die Irren-Offensive (als letztes noch bestehendes Organ) geeignet für eine deutsche (oder gar deutschsprachige) Antipsychiatrie-Bewegung? Wie kann der Kommunikationsfluss unter antipsychiatrischen Menschen und Gruppen verbessert werden? Ist eine Institutionalisierung, d.h. vor allem mehr Koordination wünschenswert und machbar?

5. Alternative Einrichtungen

a) Selbstorganisation

Psychiatriekritik zieht immer die Frage nach sich, welche Alternativen möglich sind. Es gibt tatsächlich Menschen, die psychosoziale Hilfe wollen, evtl. auch brauchen. Zur Selbstorganisation (wie z.B. SSK oder Irren-Offensive) sind viele nicht willens / in der Lage. Alternativen wurden in der Vergangenheit immer wieder erprobt oder gefordert (siehe die Berichte von Judi Chamberlin (33)). Leider liegt von dem 247 Seiten Buch nur die Hälfte übersetzt vor, wobei das Manuskript der Übersetzung stark überarbeitungsbedürftig ist. Die Selbstorganisationsform der Irren-Offensive ist möglicherweise zu sehr abhängig von Berlin als Großstadt mit seinen vielen Nischen sowie vom ausreichenden Vorhandensein von Menschen, die gruppenfähig sind und von der Psychiatrie noch nicht zerbrochen wurden. Auch die fortschreitende sozialpsychiatrische Indoktrinierung unterbindet jede potentielle Entwicklung vom anfänglichen Patientenclub hin zur antipsychiatrischen Selbstorganisation; Grund: das Sich-Ausliefern an Fach-Leute und ihre psychiatrischen Drogen gerade in krisengefährdeten Entwicklungszuständen, wo der einzelne Mensch

ein funktionierendes Limbisches System bräuchte sowie kritischen Beistand gegen die normale (zwanghaft normierende) Umwelt, jedoch keine abwertende sozialpsychiatrische Abwertung als psychisch krank.

Offene Fragen:

Nach nahezu 10 Jahren Irren-Offensive stellt sich die Frage, ob das Warten auf eine Ausweitung von Selbstorganisation noch berechtigt ist. Ist es nicht möglich oder gar erstrebenswert, eine Organisationsform zu finden, die bereits bestehende Selbstorganisationen vereinigt mit verstreuten EinzelkämpferInnen sowie mit antipsychiatrischen Nicht-Betroffenen, bei Beibehaltung bestehender Selbstorganisationsformen als notwendig vorhandene Fraktion in solch einem Verbund?

b) Alternative Hilfsformen

Als Alternativen wurden (jeweils nicht-psychiatrische) Ver-rücktenhäuser, Weglaufhäuser, Krisen-Stationen, Kommunikations- und Therapie-Zentren genannt. Von seiten der SozialwissenschaftlerInnen kommt hierbei wenig Beistand, obwohl die genannten Alternativen doch mögliche Arbeitsplätze bedeuteten. Vermutlich ist jedoch die Vorstellung, nicht in führenden Positionen, sondern möglicherweise als Dienstleistende für Betroffene arbeiten zu müssen, für akademisch-autoritär geprägte Angehörige dieser Berufsgruppen wenig attraktiv. Auf diese Tatsache wies 1986 Trojan mit seinem Buch »Wissen ist Macht« (34) hin; ein zutreffenderer Titel seines Buches wäre allerdings gewesen: »Wir wollen uns weiter an den Krümeln der Machthaber erfreuen«.

Offene Fragen:

Ist es denkbar, dass wir – von antipsychiatrisch orientierten Menschen und Gruppen angeführte – Einrichtungen ähnlich Soteria/Kalifornien (35) – nicht Soteria/Bern! – fordern, in welchen von netten MedizinerInnen in Situationen, die für das alternative Projekt oder das Leben einzelner Betroffener existenzbedrohend sind, harmlosere psychiatrische Psychopharmaka wie z.B. Tranquilizer verabreicht werden können? Ist die Vorstellung vom netten Mediziner und von der netten Medizinerin, die zur abhängigen oder zumindest gleichberechtigten Mitarbeit fähig wären, ein Trugschluss? Lässt sich die antipsychiatrische Ausrichtung eines Projekts institutionalisieren, fördern, hin- oder gar ausreichend absichern? An wem liegt es, die Initiative für den Entwurf einer umfassenden Alternative zur Psychiatrie zu ergreifen? Wer ist in der Lage, die realistischen Kosten für ein alternatives Modell zu errechnen, in Abgrenzung zu den jetzigen Grundkosten des psychiatrischen Apparates und den von diesem Apparat ausgehenden verheerenden psychisch-sozialen und medizinischen Folgeschäden?

6. Kritik der Sozialpsychiatrie

Die Kritik an der Sozialpsychiatrie ist schon so alt, dass sie hier nicht mehr als unbedingt notwendig nachvollzogen werden soll. Der Hauptvorwurf besteht darin, dass ihr nicht an einer Befreiung der Psychiatrie-Betroffenen gelegen ist, sondern an der umfassenden präventiven und in gesellschaftlich großem Maßstab vollzogenen Befriedung störender Elemente.

Diese Befriedung findet statt auf Grundlage der präventiven bzw. langzeitigen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka, wobei Dauerschäden wie Lebererkrankungen oder tardive Dyskinesien billigend in Kauf genommen werden (4; 30; 36). Nicht von ungefähr, allerdings die quälende Wirkung unterschätzend, glaubte Aldous Huxley, im Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin die Substanz Soma zu erkennen, die die Menschen in seinem Zukunftsroman »Schöne neue Welt« zur chemischen Befriedung aller starken Gefühle und somit potentieller Störungen benutzt wird (37). Noch nicht einmal die Tatsache, dass

der Psychiater Dörner in seinem Buch »Irren ist menschlich« den Vollzug des Elektroschocks rechtfertigt und sogar noch lehrt, ist in irgendeiner Weise für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) störend, diesen Mann zu ihrem ideologischen Führer zu machen (38).

Massenhaft werden störende und unbequeme BürgerInnen sozialpsychiatrisch erfasst; im Berliner Bezirk Wilmersdorf sitzt der Sozialpsychiatrische Dienst im Stichjahr 1989 beispielsweise bereits auf einem Berg von 20.000 bis 30.000 Akten – bei einer Einwohnerzahl von 150.000 (39). Trotz verbaler An-Sprüche, die Rechte und Interessen der Psychiatrie-Betroffenen zu unterstützen, fallen SozialpsychiaterInnen immer dann Betroffenen in den Rücken, wenn diese den Ausstieg aus der Psychiatrie betreiben wollen. So bezeichnete der Berliner Sozialpsychiater Ferenc Jádi die in der Irren-Offensive e.V. organisierten kritischen Psychiatrie-Betroffenen deshalb öffentlich als inhuman, weil sie gemeinsam mit interessierten Nicht-Betroffenen ein Psychiater-freies Weglaufhaus für Menschen organisieren wollen, die vor der Behandlung mit Elektroschocks und Neuroleptika davonlaufen (40).

Der Ausbau der reformpsychiatrischen gemeindenahen Ambulanzen führt laut Nervenarzt, dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN), zu einer höheren Zwangseinweisungsrate (41). Dem ist nichts hinzuzufügen.

Offene Fragen:

Es gibt sicher Elemente unter der DGSP und der DGPN, die das Treiben ihrer KollegInnenschaft auf das heftigste missbilligen, ohne allerdings öffentlich dagegen aufzutreten. Oder gibt es nicht doch einzelne Personen, die auf Psychiatrie-Veranstaltungen das psychiatrische Kastengefühl durchbrochen und sich offen über die politische Seite des psychiatrischen Machtanspruchs und der prinzipiell menschenrechtsverletzenden Praxis der Anstalts- und Gemeindepsychiatrie ausgesprochen haben? Können – wenn vorhanden – solche kritischen Potentiale als BündnispartnerInnen für eine Antipsychiatrie-Bewegung gewonnen werden? Wie weit können partielle Meinungsunterschiede ertragen werden?

Literatur

1. Dieter Storz, »Politische Psychiatrie«, [Teil 1](#), [Teil 2](#) & [Teil 3](#), in: Psychologie heute, 3. Jg. (1976), Nr. 9 und 10; nachgedruckt in: S. Kurtschinski u.a., »Alptraumfabrik«, Karlsruhe 1978, S. 65 – 91 und 93 – 113
2. NJW 1956, Nr. 30, S. 1106 – 1108; bösartige psychiatrische Kommentare dazu ebd., S. 1097 – 1100
3. Günter Weigand, »Der Rechtsstaat wird uns nicht geschenkt!«, Troisdorf (Selbstverlag) 1979
4. [Peter Lehmann / David Hill, »Neue Seuche: Tardive Dyskinesie. Am Wendepunkt der psychiatrischen Psychopharmakologie?«](#), in: Dr. med. Mabuse, 14. Jg. (1989), Nr. 58, S. 18 – 21
5. »Jury Gives Psychiatric Inmate \$ 600.000«, in: Dendron (U.S.A.), Juli 1989, Nr. 13, S. 3
6. [Peter Lehmann, »Machtpoker der Psychiater um das Recht auf Akteneinsicht«](#), in Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), Nr. 4/1988, S. 14 – 15
7. BVerwG 3 C 4.86 vom 27.4.1989
8. Mercator, »Die Novellierung des Berliner Unterbringungsgesetzes. Neuanfang oder Schocktherapie für den Bürger?«, in: Stachel (Hrsg.): Alternative Liste Berlin, Extrablatt, September 1983, S. 3 – 4
9. »Gesundheit rotgrün. Berliner Vereinbarungen zur Gesundheitspolitik«, in: Dr. med. Mabuse, 14. Jg. (1989), Nr. 60, S. 44 – 47

10. [Thomas S. Szasz, »Das Psychiatrische Testament«](#), mit einer Gebrauchsanweisung von Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1987
11. Abgeordnetenhaus von Berlin, Drucksache 9/2065 vom 7.9.1984
12. Eleanor Riese v. St. Mary's Hospital and Medical Center; No. S004002. Court of Appeal No. A034048
13. Philip Hager, »Mental Patients Allowed to Refuse Drugs«, in: Los Angeles Times vom 24.6.1989
14. Madness Network News, Vol. 7 (1983), Nr. 1
15. Jenny Miller, »Berkeley's Shock Ban Overturned«, in: Madness Network News, Vol. 7 (1983), Nr. 3, S. 1 u. 3)
16. Electro-Convulsive Therapy Review Committee, »Report of the Electro-Convulsive Therapy Review Committee«, Toronto, Ontario / Kanada, Dezember 1985, S. 96 (Bestelladresse: Ontario Government Bookstore, First Floor, 880 Bay Street, Toronto, Ontario, M5S 1Z8)
17. Helma Sommer, »Die aktive psychiatrische Therapie unter Berücksichtigung tierexperimenteller Untersuchungen«, Jena: VEB Gustav Fischer Verlag 1971
18. Cécile Ernst, »Die Elektrokrampfbehandlung in der Psychiatrie. Exposé zuhanden der medizinisch-ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften«, in: Schweizerische Ärztezeitung, Band 63 (1982), Nr. 26, S. 1396 – 1405
19. L. Hermle / G. Oepen, »Zur Differentialdiagnostik der akut lebensbedrohlichen Katatonie und des malignen Neuroleptikasyndroms – ein kasuistischer Beitrag«, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Band 54 (1986), S. 189 – 195
20. J. Schröder / C. Linge / A. Wähner, »Zur Differentialdiagnostik der malignen Hyperthermie, der febrilen Katatonie und des neuroleptischen malignen Syndroms. Ein kasuistischer Vergleich«, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Band 56 / 1988, S. 97 – 101
21. [Alternative Liste Berlin, »Das Anti-Psychiatrie-Programm«](#), nachgedruckt in: Irren-Offensive, Heft 1 (1981), S. 34 – 36; ebenso in: [Tina Stöckle: »Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden«](#), Berlin: Antipsychiatrieverlag 2005, S. 259 – 266
22. [Alternative Liste Berlin, »Wahlprogramm der Alternativen Liste«, Programmteil: »Ohne Psychiatrie«](#), 1985, S. 223 – 234
23. »Die Zukunft der psychosozialen Versorgung«, von der BundesAG »Soziales und Gesundheit« der Grünen und der AL Berlin veranstaltete Fachtagung, Berlin, 1. u. 2.12.1984
24. [Peter Lehmann / Tina Stöckle / Annette Heselhaus / Ludger Bruckmann / Fritz Hasper, »Grüne, Psychiatrie und Antipsychiatrie. Ein grünes Armutszeugnis«](#), in: Irren-Offensive, Heft 3 (1987), S. 11 – 15
25. [Irren-Offensive / Türspalt / Graue Panther / Indianerkommune / KommRum / Beschwerdezentren Psychiatrie München und Nürnberg, »Entwurf zur Vorlage bei den Grünen. Sprechervertrag«](#), in: [Peter Lehmann, »Der chemische Knebel«](#), Berlin: Antipsychiatrieverlag 1986, S. 388 – 395
26. Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), Nr. 3/1988 (Schwerpunktthema: Pro und Contra Psychopharmaka) und 4/1988 und (Schwerpunktthema: Akteneinsicht)
27. Bestelladresse der von der Wochenzeitung zusammengestellten Dokumentation der Diskussion: Wochenzeitung, Postfach 5416, CH-3001 Bern

28. Diskussionsforen in: Dr. med. Mabuse, 14. Jg. (1989), Nr. 59 u. 60
29. [Josef Zehentbauer / Wolfgang Steck, »Chemie für die Seele. Gefahren und Alternativen«](#), Königstein im Taunus: Athenäum Verlag 1986
30. [Peter Lehmann, »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Mit über 150 Abbildungen und wertvollen Tips zum Absetzen«](#), Berlin: Antipsychiatrieverlag 1986
31. Marc Rufer, »Irrsinn Psychiatrie. Psychiatrisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens – ein Irrweg«, Berlin / Bonn: Zytglogge Verlag 1988
32. Peter R. Breggin, »Elektroschock ist keine Therapie«, München / Wien / Baltimore 1980; seit 1988 im Antipsychiatrieverlag Berlin
33. Judi Chamberlin, »On Our Own – Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System«, New York: McGraw-Hill Book Company 1979
34. »Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in der Gruppe«, Hrsg.: Alf Trojan, Ffm 1986, S. 226
35. Loren R. Mosher / Alma Z. Menn, »Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen im Soteria-Projekt«, in: »Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Ein internationaler Überblick«, Hrsg.: Helm Stierlin, Lyman C. Wynne u. Michael Wirsching, Berlin / Heidelberg / New York / Tokyo 1985, S. 105 – 122
36. [Peter Lehmann, »Gemeindepsychiatrische Wirklichkeit. Kritik der modernen Sozialpsychiatrie«](#), in: Störfaktor, Heft 9/10, 3. Jg. (1989), Nr. 1, S. 6 – 18
37. Aldous Huxley, »Schöne neue Welt. Ein Roman der Zukunft« – »Dreißig Jahre danach – oder Wiedersehen mit der Schönen Neuen Welt« (Zwei Bücher in einem Band), München / Zürich 1976
38. Klaus Dörner / Ursula Plog, »Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie«, völlig neubearbeitete Ausgabe, Rehburg-Loccum 1984, S. 538
39. Johannes Spatz (ehemaliger Gesundheitsstadtrat in Berlin-Wilmersdorf), persönliche Mitteilung
40. Lars-Ulrich Schlotthaus, »Flucht aus der Psychiatrie – aber wohin? Ein Weglaufhaus wird geplant«, Radiosendung SFB 3, Abteilung Kultur-Termin, Reihe Nachtkultur, 20.8.1989
41. Georg Bruns, »Zwangseinweisung und ambulante Dienste«, in: Nervenarzt, 57. Jg. (1986), Nr. 2, S. 119 – 122