

Korrekturen auf S. 91:

Hier soll es es heißen: Außerdem benötigen die WärterInnen Psychiatrischer Anstalten schon zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Regel pro Schicht nur zwei Stunden zum Verteilung **des Essens, der Handtücher und** der Neuroleptika; die restliche Zeit sitzen sie kaffeetrinkend und miteinander schwatzend in ihren Stuben und Wachkabinen (Fexer 1989).

Die direkt anschließenden Aussagen zur Soteria-Einrichtung in Bern beruhen auf einem Missverständnis und sind ersatzlos zu streichen.

Peter Lehmann

Demokratische Psychiatrie oder Antipsychiatrie?

Zur Lösung der Psychiatrie-Frage*

Aufgrund der extrem schädlichen Wirkung moderner psychiatrischer Massnahmen (Elektroschock; Neuropsychopharmaka, speziell Neuroleptika) muss die Diskussion über neue Wege der Psychiatrie-Entwicklung eine kritische Bestandesaufnahme sozialpsychiatrischer Reformversuche leisten. Die psychiatrische Behandlung – finde sie hinter oder vor Anstaltsmauern statt – widerspricht den Interessen der Betroffenen und enthält echte menschliche Hilfeleistung vor. Es ist zynisch, die Anwendung von Neuroleptika gegen DissidentInnen in totalitären Ländern als Folter anzuprangern und dieselbe Behandlung hierzulande als therapeutische Hilfe praktizieren zu wollen.

Menschliche Hilfeleistung in psychischen und sozialen Notlagen kann nicht mit (sozial-)psychiatrisch-medizinischen Massnahmen auf Grundlage entrechtender Eingriffe geleistet werden, sondern nur in Form von psychi-

schem und sozialem Beistand, basierend auf einem uneingeschränkten Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe. Menschen in Krisensituationen müssen darin unterstützt werden, sich zusammenzuschliessen und unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts in antipsychiatrischer Ausrichtung ihre Interessen zur Lösung der Psychiatrie-Frage in die eigenen Hände zu nehmen.

Interessen von Psychiatrie-Betroffenen

Das zentrale Interesse von Psychiatrie-Betroffenen ist die körperliche Unversehrtheit. Sind auch andere Rechte wie z.B. das Recht auf Freiheit, auf freie Entfaltung der Persönlichkeit usw. während psychiatrischer Anstaltsunterbringung (oder Aufenthalt in Pflegeheimen) ausser Kraft gesetzt, so steht doch das genannte Recht auf körperliche Unversehrtheit im Vordergrund: Die moderne psychiatrische Behandlung (Elektroschock; Neuropsychopharmaka, speziell Neuroleptika, aber auch *Antidepressiva* und Lithium) zeigt sich bei näherer Betrachtung als eine mit schweren Risiken für Gesundheit und Leben behaftete Körperverletzung; psychiatrische Massnahmen können zu bleibenden, mitunter tödlichen Schäden führen. Auch wenn diese Schäden oft als Neben-Wirkungen abgetan werden, so stellen sie für Psychiatrie-Betroffene doch die zentrale Rechtsbeschneidung und Demütigung dar. Darüber hinaus heisst Psychopharmaka- oder Elektroschock-Behandlung im Regelfall Vorenthaltung menschlich-unterstützender und therapeutischer Massnahmen.

Wie wichtig das Selbstbestimmungsrecht für Psychiatrie-Betroffene ist, zeigen die in den Medien regelmässig wiederkehrenden Berichte über Rechtsverstösse von psychiatrisch Tätigen und dem zugrunde liegenden Gehorsam gegenüber vermeintlichen Autoritäten. So mussten beispielsweise in Westberlin zehn *psychisch kranke* Frauen fortgeschrittenen Alters (formal illegale) Tests über sich ergehen lassen, ob spezielle Tiermedikamente, die das Hundefell seidig machen sollen, möglicherweise auch das menschliche Kurzzeitgedächtnis auffrischen ("Berliner" 1988). Wegen Mordverdacht ermittelt die Staatsanwaltschaft Bayerns gegen die Betreiber eines Altenheims in Garmisch-Partenkirchen, da drei Rentnerinnen, die als Zeuginnen über Missstände im Heim aussagen sollten, überraschend und unter mysteriösen Umständen starben; bei einer Hausdurchsuchung fand die Polizei zwölf Säcke voller Medikamente und Psychopharmaka (Dix 1989).

Degkwitz, ehemals Präsident der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde*, zeigt in seiner Untersuchung über die faktischen Gründe für die Einlieferung in Psychiatrische Anstalten, dass BürgerInnen schon wegen kleiner Auffälligkeiten, an denen Instanzen der Obrigkeit Anstoss nehmen, zur Zwangsunterbringung durch PolizistInnen und PsychiaterInnen führen können. Als augenfällige Beispiele nennt Degkwitz aus seinem Aktenmaterial eine junge Frau, die den plötzlichen Wunsch entwickelt, ihren Mitmenschen als grosse Tänzerin und nicht, wie von ihren Eltern gewünscht, als kleine Friseurin Freude zu bringen, sowie einen Studenten, der

eine Stunde lang still und unbeweglich, in Gedanken versunken, an einem Bach den Forellen zuschaut und den aus der nahen Kneipe herbeigelaufenen Gästen verdächtigweise keine Antwort gibt (Degkwitz 1986). In ihrem Erfahrungsbericht schildert die Betroffene Hannah Trieper aus Berlin, wie sie nach Problemen mit der Trennung von ihrem prügelnden Ehemann auf der Suche nach einem Raum zum Erholen und Ausschlafen in die Anstalt gelangt, wo sie erneut der Gewalt eines Mannes ausgesetzt ist: Der zuständige Psychiater der Aufnahmestation zwingt Frau Trieper, sich nackt auszuziehen, erklärt ihr, er könne sie nun innerhalb von 24 Stunden (bis zur vorläufigen Unterbringung durch das Amtsgericht) nach Belieben behandeln, was er per Neuroleptika-Spritze denn auch ausführt – mit dem Ergebnis, dass die *Patientin* unter Magenkrämpfen und Ohnmachtsanfällen zu leiden hat (Trieper 1987).

Je nach Vorliebe versuchen PsychiaterInnen immer wieder, ihren KollegInnen Behandlungsformen schmackhaft zu machen, die von KritikerInnen als barbarisch bezeichnet werden. Da diese Methoden der sogenannten *klassischen* Psychiatrie nie abgeschafft oder gar verboten wurden, besteht permanent die Gefahr ihrer Wiederanwendung. So bemühen sich derzeit Psychiater im badenwürttembergischen Weinsberg um ein Come-Back der Insulin-Schock-Behandlung (Heckel/Reimer 1986) – einer Behandlung, die die Behandelten durch massive Insulin-Zufuhr ins Koma führt, d.h. in den Zustand tiefster Bewusstlosigkeit, was als ebenso *therapeutisch* gilt wie der epileptische Anfall, der mit Elektroschocks, d.h. mit elektrischem Strom ausgelöst wird. Der Sozialpsychiater Dörner beispielsweise drohte am 5. Mai 1989 auf einer Tagung des psychiatrischen Interessensverbandes *Mannheimer Kreis* in München die verstärkte Anwendung von Elektroschocks an für den Fall, dass politische Instanzen seine Kollegenschaft beim Einsatz von Neuroleptika behindern würden (Dörner 1989). Auch die Gefahr einer zwangsweisen operativen Hirnverstümmelung (Leukotomie, Lobotomie) ist noch nicht gebannt; so wird derzeit in Amsterdam (Niederlande) eine spezielle *Klein-Klinik* für diese Form psychiatrischer Behandlung gebaut: für sogenannte *Therapie-resistente Schizophrene* (Breggin 1988). Schliesslich sind zwei psychiatrische Vorhaben zu nennen, die schwere Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit von Psychiatrie-Betroffenen darstellen, sollten sie Wirklichkeit werden: Zum einen wollen Psychiater mit Implantaten (Einpflanzungen) von Neuroleptika-Depots – bei Männern in den Mastdarm, bei Frauen in die Gebärmutter – versuchen, die von ihnen gewünschten Neuroleptika-Auswirkungen über den Zeitraum von vielen Monaten unabhängig von dem Willen der Behandelten zu garantieren (Lehmann 1986, S. 347f.). Zum anderen sollen mit gentechnischen Methoden bestimmte messbare Komponenten, sogenannte Marker, gefunden werden, die es PsychiaterInnen erlauben würde, BürgerInnen mit "hohem Krankheitsrisiko zu identifizieren" und zu behandeln, sogar bevor die *psychische Krankheit* zum Vorschein gekommen sei (Bondy u.a. 1988, S. 565). Nicht zuletzt das Milgram-Experiment zeigt, wie leicht normale Menschen durch pseudowissenschaftliche Autoritäten dazu gebracht werden können, in bedingungslosem Gehor-

sam völlig unschuldige und wehrlose Menschen zu quälen (Milgram 1974), wie fundamental also die Entwicklung eines Selbstbestimmungsrechts für Psychiatrie-Betroffene zur Lösung der Psychiatrie-Frage ist.

Gefährlichkeit psychiatrischer Eingriffe

Über die Gefährlichkeit psychiatrischer Massnahmen wie Elektroschock und sogenannter *antipsychotischer Medikamente*, der Neuroleptika, liegt mittlerweile eine Reihe äusserst beunruhigender Literatur vor; MedizinerInnen, PsychiaterInnen und Betroffene schreiben von schweren körperlichen, geistigen und psychischen Folgeschäden sowohl des – sogar in letzter Zeit vermehrt angewendeten – Elektroschocks als auch der Neuroleptika; mit diesen chemischen Mitteln behandelt werden ca. 95 % der psychiatrisch Untergebrachten sowie in steigender Zahl in Altenheimen Menschen mit störender und unbequemer Lebens- und Sinnesweise.

Der bereits erwähnte Dörner beschreibt die von ihm praktizierte moderne psychiatrische Behandlung wie folgt:

“Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnanorganisch kranken Menschen, bei der EKT (Elektrokrampf-Therapie, P.L.) nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.“ (Dörner/Plog 1984, S. 537)

Bei der Kritik des Elektroschocks (wie auch bei der Kritik der Neuroleptika) ist in Erinnerung zu behalten, dass die psychiatrische *Diagnosen*-Stellung sowohl von Psychiatern selbst (Szasz 1982) als auch von Sozialwissenschaftlern (Rosenhan 1981; Sarbin/Mancuso 1982; Hill 1983) als willkürlich und unwissenschaftlich kritisiert wird. Dörner, selbst den Elektroschock lehrend, gibt unfreiwillig preis, dass sein Einsatz nicht von wissenschaftlich gesicherter *Diagnosen*-Stellung abhängt, sondern von menschlich-therapeutischen Fähigkeiten – und somit auch Unfähigkeiten – der AnwenderInnen; er bezeichnet eine mögliche Indikation wie folgt: Sie kommt zur Anwendung

“bei sehr qualvoll erlebten akuten schizophrenen oder depressiven Krisen, wenn ich als Therapeut unfähig zu einer ausreichend wirksamen therapeutischen Beziehung und pharmakotherapeutischen Hilfe bin.“ (Dörner/Plog 1984, S. 538)

Vor der hirnschädigenden Wirkung des Elektroschocks warnen der amerikanische Neurologe John Friedberg (Friedberg 1976, 1977) und sein Landsmann, der Psychiater Peter R. Breggin (Breggin 1980). Breggin stellt die Zerstörungen der Nervenzellen in den Mittelpunkt seiner anschaulichen und leichtverständlichen Kritik; die Schäden kommen durch die epileptischen (Grand mal-) Anfälle zustande, der Hauptwirkung der Stromstösse gegen das Gehirn. Aber auch die psychischen und geistigen Folgeschäden bringt Breggin eindrucksvoll in Erinnerung, wenn er etwa den (an die sogenannte *Gehirnwäsche* erinnernden) *therapeutischen* Ansatz zweier Kollegen, die im Kreise ihrer Kollegenschaft das Prinzip eines *erfolgreichen* Elektroschocks exemplarisch wie folgt offenbaren:

“Nach unserer Ansicht war die Regression des Patienten ausreichend fortgeschritten, wenn er einnässte und einkotete und sich wie ein vierjähriges Kind verhielt bzw. so sprach. Diese Patienten waren verwirrt, konnten sich nicht um ihre persönlichen Belange kümmern und nahmen ab, obwohl sie assen – in einigen Fällen die übliche

Menge. Häufig mussten sie gefüttert werden... Manchmal klingen die Verwirrheitszustände schnell wieder ab. Die Patienten verhalten sich dann, als wären sie aus einem Traum erwacht. Ihr Gemüt wirkt wie ein unbeschriebenes Blatt, auf dem wir nun schreiben können. Im allgemeinen sind sie kooperativ und sehr leicht zu beeinflussen und damit offener für Psychotherapie.“ (zitiert nach Breggin 1980, S.191)

Ich stelle in meinem Buch “Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ psychiatrische Publikationen über die Neuroleptika-Behandlung zusammen und sehe deren Wirkungsweise charakterisiert als (Lebensvorgänge hemmende) Verringerung der Sauerstoffaufnahme des Hirngewebes, als künstliche Herstellung einer Parkinsonkrankheit (aufgrund der Blockade des Dopamin-Stoffwechsels), als Beeinträchtigung der Hirnanhangdrüse und somit des gesamten Hormonsystems sowie als Schaffung eines hirnlokalen Psychosyndroms (Lehmann 1986, S. 83ff.). Damit übereinstimmend, wenn auch mit anderer Bewertung, spricht der Schweizer Psychiater Walther-Büel die Tatsache aus, dass Neuroleptika keine harmlosen, glücklich und froh machenden *Glückspillen* sind, sondern Substanzen, die eine erhebliche Beeinträchtigung des Zentralnervensystems mit sich bringen:

“Die neuroplegisch (neuroleptisch, P.L.) wirkenden Substanzen an sich erzeugen ein Zustandsbild (Schlafsucht, Apathie, Stumpfheit, später eventuell Rastlosigkeit...), das als hirnlokales Psychosyndrom bzw. in der Regel als Stammhirnsyndrom anzusprechen ist... Dass die Erzeugung eines solchen (neben der Schockwirkung) einen praktisch-therapeutischen Nutzen haben kann, haben wir durch die Erfahrung mit der Leukotomie (operative Durchtrennung der Stirnhirn-Thalamus-Nervenbahnen, P.L.) gelernt... Nicht zu Unrecht sprechen französische Autoren von einer pharmakologischen Lobotomie.“ (Walther-Büel 1955, S. 292f.)

Manche Psychiater ziehen hierfür den nicht minder treffenden Ausdruck “Einstiefung“ vor (Dreher 1982, S. 132). In einem neueren Aufsatz fasst der Autor seine anhand psychiatrischer Veröffentlichungen und Herstellerinformationen gemachten Angaben zu den schädlichen Auswirkungen (Nebenwirkungen) der Neuroleptika zusammen: 90 % aller Behandelten leiden unter atrophischen, d.h. eine Schrumpfung des Gehirns beinhaltenden Zuständen; 90 % Bewegungsstörungen, häufig irreversibler Art; 30 % Fieberanfälle; bis zu 100 % krankhafte EKG-Veränderungen; 50 % Zahnfleischentzündungen, oft mit Zahnausfall verbunden; (bei fortdauernder Behandlung) 80 % Lebererkrankungen; 40 % Diabetes; 43 % Fettleibigkeit; Sterilität, Ausbleiben der Menstruation, Impotenz; Farbstoffablagerungen im Auge und im Herzmuskel; signifikant erhöhte Zahl von Chromosomenbrüchen und -rissen, die zu Mutationen führen; seelische Abstumpfung (“Zombie-Effekt“), Willenlosigkeit, Verzweiflungszustände mit Selbstmordgefahr, Verwirrtheit und Delir; Geschwulstbildungen in der Brust und Krebs. Alle bekanntgewordenen Neuroleptika-Schäden inklusive tödlicher Komplikationen traten bei allen, auch den sogenannten schwachpotenten Neuroleptika auf, auch schon nach kurzer Dauer, auch bei geringer Dosis (Lehmann 1988a). Nach Berechnungen des englischen Psychologen David Hill litten 1985 weltweit bereits 38,5 Millionen Menschen irreversibel an Neuroleptika-bedingter tardiver Dyskinesie, einer weitstanzförmigen, nicht behandelbaren Muskelstörung (Hill 1985; Lehmann/Hill 1989). Nicht zuletzt der Berli-

ner Psychiater Helmchen warnt in einer internen Diskussion unter PsychiaterInnen vor der gefährlichen Illusion, es gebe einen prinzipiellen Unterschied zwischen gefährlichen und ungefährlichen Verabreichungsmengen, wenn er folgenden lebensbedrohlichen Erstickungsanfall beschreibt:

“In der Berliner Klinik trat bei einem Staalexamenskandidaten in der Prüfungssituation ein Zungenschlundsyndrom auf. Nach genauem Befragen war herauszufinden, dass der Betreffende eine Tablette Tonoquil (Misch-Psychopharmakon, das u.a. das Neuroleptikum Thiopropazat enthält, P.L.) eingenommen hatte; hier scheint die These, dass Minidosen völlig unschädlich seien, doch widerlegt.“ (Helmchen 1983, S. 187)

Verniedlichend wie Atomkraftwerk-BefürworterInnen bemühen auch Psychiater anlässlich der von ihnen und ihren Neuroleptika ausgehenden Gefahr das “noch nicht voll vermeidbare Restrisiko“ (Tremblau 1982, S. 257). In den letzten Jahren werden nun vermehrt Stimmen von SozialwissenschaftlerInnen, MedizinerInnen und PsychiaterInnen laut, die 1. die nonchalante Haltung ihrer KollegInnen zu den unübersehbaren Schäden der Neuroleptika kritisieren (Breggin 1984; Rufer 1988a; Rufer 1988b); 2. die Therapiefähigkeit unter der Neuroleptika-bedingten emotionalen Vereinsung (Stöckle 1983a; Martensson 1987) sowie 3. die Behauptung der frühzeitigeren Anstaltsentlassung aufgrund der Neuroleptika-Behandlung (Scull 1980) als Mythos enthüllen; 4. die Überlegenheit von Placebos über Neuroleptika hinsichtlich Rückfallvermeidung aufzeigen (Perry 1977) sowie 5. ein Unterlassen der Zwangsbehandlung mit Neuroleptika (Benedetti 1988), ja gar 6. das Verbot der Neuroleptika-Anwendung überhaupt fordern (vgl. Dukes 1986). Beim Jubiläumssymposium “10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik“ in Bern im September 1988 wies der Autor auf folgenden Zynismus hin (Lehmann 1988b): Auf der einen Seite wird von *Amnesty International* die Neuroleptika-Behandlung von DissidentInnen in totalitären Staaten als Folter angeprangert; im veterinärmedizinischen Bereich finden Neuroleptika ihren Einsatz zur Ruhigstellung aggressiver Schweine und Ziegen oder widersetzlicher und unleidlicher Zootiere, etwa beim Beschlagen, Scheren oder bei Ausstellungen und zur Ausschaltung natürlicher Abwehrbewegungen bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen an Pferden, Rindern und Hunden (Petrausch 1987). Auf der anderen Seite werden in westlichen Anstalten, sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Altenheimen Menschen routinemässig mit denselben Mitteln *therapeutisch* behandelt.

Es soll noch einmal betont sein, dass alle Wirkungen und Schäden prinzipiell dosisunabhängig und auch schon nach kurzer Anwendungszeit unter sämtlichen Neuroleptika auftreten können; eine Tatsache, die selbst aus den etwas ehrlicheren amerikanischen Hersteller-Anzeigen zu entnehmen ist (McNeil Pharmaceutical 1988). Zuletzt soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Neuroleptika den Behandelten eine bleibende Nervenerkrankung einbringen kann, die sie erst richtig verrückt macht: Wie die Laborversuche der Forschergruppe um Mackay vom *Argyll and Bute Hospital* in Lochgilphead (Argyll, Schottland) herausfand, können Neuroleptika zu einer spezifischen Veränderung des Nervensystems führen, nämlich zu einer unnatürlichen Er-

höhung der Zahl der Rezeptoren, d.h. der Empfangsstellen für die Nervenimpuls-Überträgerstoffe an den Nervenspalt (Mackay u.a. 1982). Der schwedische Arzt Lars Martensson setzt deshalb die Neuroleptika-Behandlung mit dem Einbau künstlich psychotisch machender Substanzen gleich (Martensson 1987). Wir sehen, der erste Schritt zur Lösung der Psychiatriefrage kann nicht alleine in der Absicherung vor psychiatrischen Rechtsverstößen liegen, sondern vor allem in der Absicherung vor normaler psychiatrischer Behandlung.

Reform-Irrwege

Verkleinerung von Anstalten gilt manchen wohlmeinenden Menschen als Mittel zur Lösung der Psychiatriefrage. Italienische PsychiaterInnen verlagern gar die Behandlung mit Neuroleptika bis hin in die Wohnungen (Lehmann 1986, S. 361f.), ohne allerdings das Prinzip der Behandlung, die Anwendung von Neuroleptika, zu verändern; im Gegenteil: Zumeist werden die *befreiten PatientInnen* gemeindenah mit Langzeitpräparaten weiterbehandelt, wie der italienische Psychiater Benedetto Valdesalici berichtete (Valdesalici 1984). Bei einem Besuch in Triest 1988, wo der Initiator der *demokratischen* Psychiatrie, Franco Basaglia, wirkte, machte sich der Autor selbst ein Bild von der Situation und fand Berichte der Schweizer Psychiaterin Ernst bestätigt, wonach die KlientInnen der neuen gemeindenahen psychiatrischen Ambulatorien massiv mit Neuroleptika behandelt werden (Ernst 1981). Der Psychiater Beine teilt gar mit, “dass er nirgendwo gesehen habe, wie so sehr mit Haldol ‘geaast’ würde wie in Triest.“ (Böttjer 1989, S. 9) 1986 veröffentlichte das Psychiater-Ehepaar Ernst identische Beobachtungen in der wohlhabenden italienischen Provinz Lombardei, wonach sich die Situation der Psychiatrie (die Art der Psychopharmaka-Behandlung, die Dosierung und die hohe Wiedereinweisungsrate) in den neuen Ambulatorien nicht unterscheidet von der Situation in der Schweiz – mit einer Ausnahme:

“In einer Hinsicht sind die lombardischen Ambulatorien aktiver als die schweizerischen: sie führen in weit höherem Mass Hausbesuche durch. 1984 wurde in der Lombardei ein Viertel der Behandelten zuhause aufgesucht, der einzelne Kranke im Mittel neunmal. Vor allem Schwestern und Pfleger gehen in die Familien der Patienten. Dabei handelt es sich am häufigsten um jüngere chronische Schizophrene, welche mit einem Depotneuroleptikum behandelt werden. Die Hausbesuche sichern eine kontinuierliche Medikation...“ (Ernst/Ernst 1986).

Wenn nun die *demokratischen* PsychiaterInnen Italiens, allen voran der Pharmakologe Tognoni, ihr *Fachwissen* bis nach Nicaragua exportieren, so dürfte von vornherein feststehen, was dabei herauskommt: Neuroleptika in *Gesundheitszentren*, Neuroleptika in *Tagesspitälern* und Neuroleptika im Wohnbereich (“Psychiatrie in Nicaragua“ 1987). Mögliche revolutionäre Änderungen nach dem Sturz des Somoza-Regimes werden im Psychiatriebereich auf diese Weise schnell der in Italien üblichen Depot-Neuroleptika-Behandlung Platz machen, und wenn nichts Entscheidendes geschieht, wird man darauf warten können, dass auch Nicaragua bald zu den Ländern der

Dritten Welt gehört, in denen bereits jetzt Hebammen Neuroleptika wie z.B. Thioridazin (Melleril, Sanabo, Sónapax) gegen Kleinkinder einsetzen: bei psychischen *Störungen* wie Nervosität, Unruhe, Gereiztheit, *Verhaltensstörungen* sowie emotionalem Ungleichgewicht ("Kinder-'Erziehung'" 1988).

Andere Sektorisierungen der Psychiatrie wie z.B. das *Modell Wien* haben ähnliche Erfolge: Der Hauptzweck dieser Reform ist die nahezu 100 %ige Sicherstellung der Neuroleptika-Weiterbehandlung nach der Anstaltsentlassung, was durch gutorganisierte Registrierung, Beeinflussung und Hausbesuche auch gelingt (siehe Lehmann 1986, S. 318f. 346), Psychiatrische Hausbesuche sind auch das Konzept der Hannoveraner Reformbemühungen, und jüngste Veröffentlichungen zeigen, dass 87,6 % der Hausbesuche nicht auf Veranlassung der Betroffenen, sondern gegen deren Willen und oft genug auf Initiative von Nachbarn, Polizei, Sozialamt, Vermieter, Hauswart und anderen gerade in psychischen Ausnahmezuständen angestieflenden Instanzen der Obrigkeit zustande kommen (Stoffels 1988). Eine neuere Untersuchung über den Einfluss zahlenmässig ansteigender sozialpsychiatrischer Einrichtungen legt 1986 der Bremer Psychiater und Soziologe Bruns vor, der für die drei Musterbezirke Stadt Bremen, Land Hamburg und Landkreis Osterholz-Scharmbeck folgenden alarmierenden Zusammenhang nachweist:

"Das unterschiedliche Niveau und der Anstieg der ZE-raten (Zwangseinweisungs-Raten, P.L.) in den drei Regionen korrelieren gleichsinnig mit der ambulanten psychiatrischen Versorgungsdichte." (Bruns 1986, S. 121)

Entwickelte ambulante Massnahmen, die verbesserte ambulante psychiatrische *Versorgung*, die erhöhte Anzahl sozialpsychiatrischer *Beratungsstellen* und die angewachsene Anzahl niedergelassener PsychiaterInnen führen allesamt zu einer höheren Zwangseinweisungsrate. Durch eine zu geringe personelle Ausstattung Sozialpsychiatrischer *Dienste* bestehe (für ihn und für seine nach Tätigkeit drängende Kollegenschaft) die Gefahr, dass sich *zwangseinweisungsbedürftige* Zustände innerhalb weniger Stunden entschärfen, ohne dass die BürgerInnen psychiatrisch beobachtet, erfasst und behandelt werden.

Verlagerung von Behandlung in gemeindenahe Einrichtungen wie sogenannte *Therapeutische Wohngemeinschaften* oder *Übergangswohnheime* sowie Gründung sogenannter *Selbsthilfefirmen* sind andere vorgegebene Versuche zur Lösung der Psychiatrie-Frage. Internes aus dem Modell "*Auflösung* der Bremer Anstalt *Kloster Blankenburg*" geht aus einem jüngst veröffentlichten Interview mit einem Betreuer einer Wohngemeinschaft hervor, in die ehemalige AnstaltsinsassInnen umgelagert werden. Auf die Frage, wie er auf Absetz-Wünsche der BewohnerInnen reagiert, antwortet Mitarbeiter Josef, dass – wie in der Anstalt – einmal mehr der Wille der Betroffenen nicht entscheidend ist:

"Wir mussten überhaupt erst einmal herausfinden, was bei den einzelnen genau anliegt. Da haben wir dann manchmal noch mehr abgesetzt, aber manchmal, wenn wir gesehen haben, der ist zu depressiv, dem geht es so schlecht, wir können das eigentlich nicht verantworten, haben wir uns auch entschieden, dem wieder etwas mehr zu geben." (Crone u.a. 1988, S.74)

Enthüllende Einblicke über die Situation von *Übergangs-Wohnheimen* gibt Tanja Cierpka, nachdem sie nach einem Selbstmordversuch unter Einfluss des Neuroleptikums Flupentixol (Fluanxol) den Glauben an psychiatrisch-psychopharmakologische Hilfeleistung verloren hat; sie schreibt über ihre gemeindepsychiatrischen Wahrnehmungen:

"Die Eindrücke, die ich in dieser Zeit gesammelt habe, verdichten sich zu einem schaurigen Bild. Da gibt es Menschen, die man nur still auf einem Stuhl sitzen sieht, und die über den ganzen Tag einen Haufen Zigarettenkippen vor sich auftürmen und ansonsten keine Lebensregung zeigen. Auf Nachfrage habe ich erfahren, dass diese Leute seit Jahren Neuroleptika verabreicht bekommen und Dauerinsassen in der Psychiatrie sind. Oder der junge Mann, den ich in einem der Wohnheime kennengelernt habe. Der sass den ganzen Tag in einem verdunkelten Zimmer, seit Jahren, ohne auf die Strasse zu gehen. Sicher, diese Leute sind unauffällig und sie sind bequem zu betreuen." (Cierpka 1988)

Um die vielen unter Langzeitpräparaten stehenden Neuroleptika-Betroffenen von der Strasse zu holen, unter Aufsicht zu bekommen und an (ihrer Neuroleptika-bedingten Behinderung angemessenen) Arbeitsplätzen halten zu können, erfinden SozialpsychiaterInnen das Konzept der *Selbsthilfefirmen*: Unter Kontrolle ansonsten arbeitsloser, von Skrupeln nicht behinderter AkademikerInnen machen sogenannte *Langzeitkranke* einfache, niedere Arbeiten bei geringer Entlohnung (Lehmann 1986, S. 367). Auch die Wiener PsychiaterInnen mit ihrem Bestand an gemeindepsychiatrisch zwischengelagertem *Menschenmaterial* denken nicht daran, auf deren ganzheitliche Verwertung zu verzichten, nachdem die Körper der Betroffenen schon als lebendiger Absatzmarkt für die Ware Neuroleptikum und zur Schaffung von Arbeitsplätzen für psychiatrisch Tätige dienen müssen. So dürfen sie, die Betroffenen des Wiener Modells, beispielsweise in der *Tagesklinik Karl-Wrba-Hof* „meinsam Kugelschreiber montieren, und zwar orangefarbene, wie in einem Bericht in der bundesdeutschen 'Zeit' extra vermerkt wird, offenbar um die eminent grosse Lebensfreude zu demonstrieren, die in dieser Institution vermittelt wird" ("Guss" 1985). Stolz weist der Psychiater Rudas auf einen Anstieg der Zahl der extramural, d.h. in den Wohngebieten der Menschen aktiven PsychiaterInnen hin: Gab es hier in Wien 1979 nur 150 NervenärztInnen, so stieg deren Inzidenz (Vorkommen) bis 1985 bereits auf 203 (Rudas 1986). Die *betreuten PatientInnen* werden, wie im *Wiener Psychiatriebericht* bestätigt, nicht aus der Kontrolle entlassen:

"Patienten werden in Abständen immer wieder im Spital aufgenommen und dort behandelt, die Medikation überprüft und eventuell abgeändert und die Patienten wieder entlassen." ("Wiener Psychiatriebericht" 1988)

Welche Gefahr in dem *Wiener Modell* totaler Psychiatisierung der Gesellschaft verborgen ist, lässt sich daran ermesen, dass sogar schon (sich alternativ verstehende) Gruppierungen, wie etwa die GAL (Grün- Alternative Liste) Hamburg, nach einem Import des Wiener Modells rufen (Lehmann 1986, S. 365ff.). Wer mehr über die Ausbeutung von Psychiatrie-Betroffenen in den sogenannten *Arbeits-Therapien* nachlesen will, dem sei die Lektüre des hervorragenden Artikels "Ob Anstalt oder Wissenschaft – Die Psychiatrie gehört abgeschafft" empfohlen; hier wird diese *Therapie-Form*, das derzeitige Steckenpferd des *eminent fortschrittlichen* Dörner, einer kriti-

schen Analyse unterzogen ("Anstalt" 1988). Ein anderer, nicht minder *fortschrittlicher* Psychiater, Wulff (wie Dörner Elektroschock- und Zwangsbehandlungs-Befürworter), gilt vielen, sich als alternativ, progressiv, links und gar revolutionär gebenden psychiatrisch Tätigen ebenfalls als Leitfigur und Vordenker, speziell in seinem Bemühen, Psychiatrie-kritische Tendenzen der neueren deutschen Antipsychiatrie-Bewegung im Keim zu ersticken (Wulff 1986). Diese Haltung wird auch von den Pharma-Multis anerkannt; so machte jüngst die in Zürich erscheinende Zeitschrift 'Banal' öffentlich, von welchen Bewunderern das vom Berliner Argument-Verlag herausgegebene Jubelheft ('Festschrift') zu Wulfens 60. Geburtstag finanziert wurde: den Firmen Deladande Arzneimittel GmbH, Hoffmann-La Roche, Knoll AG, Sandoz AG, und Ciba-Geigy ("Himbeersaft" 1988).

Wie schon aus anderen Berichten über das oben erwähnte Hannoveraner Modell des psychiatrischen Krisendienstes bekannt (Lehmann 1986, S. 358), sind ambulante Psychiatrie und ambulante Neuroleptika-Verabreichung nicht zu trennen. Die *fortschrittliche* Psychiaterin Blümel aus Berlin-Kreuzberg mit seinem hohen Anteil sozial benachteiligter Menschen beschäftigt in ihrer Praxis im Rahmen des *Modellprogramms Psychiatrie* der Bundesregierung gar einen Sozialarbeiter, um über soziale Hilfeleistungen zur Anwendung psychiatrischer Mittel zu gelangen; über ihre eigentlichen Absichten informiert sie in einem psychiatrischen Fach-Buch, in dem sie schreibt:

"Das Hauptproblem, das sich nun stellt, besteht darin, den Patienten zu einer hinreichenden medikamentösen Compliance (Unterwerfung, P.L.) und zu einer kontinuierlichen Kooperation mit der Praxis zu bewegen." (Blümel 1985, S. 123)

Was den mobilen psychiatrischen *Krisendienst* betrifft, so haben vor allem die (oben bereits mitangesprochenen) Hamburger Erfahrungen gezeigt, dass ein mobiler psychiatrischer *Krisendienst* einhergeht mit einem Ansteigen der Unterbringungszahlen. Die Schwelle zur Psychiatrisierung sinkt. Bedenken wir, dass im Ausland bereits Gesetze diskutiert werden, die eine ambulante Zwangsbehandlung erlauben – wie derzeit in Grossbritannien der Fall (Gliniecki 1988) – so sollten es ehrlich an den Interessen von Betroffenen orientierte Menschen unterlassen, eine Ausweitung der Psychiatrie, Stellenvermehrung und Schaffung von – gar möglicherweise mit Zwangscharakter ausgestatteten – Krisenapparaten zu fordern. Geradezu unmoralisch ist das Vorgehen vieler PsychiaterInnen zu nennen, die auf die Kritik an der deutlich gegen die Interessen der Betroffenen ausgerichteten psychiatrischen Behandlung mit der Forderung nach noch mehr Stellen kontern; Neuroleptika würden nur aus Gründen eines Pflegenotstandes eingesetzt, um Untergebrachte zu dämpfen und auf überfüllten Stationen halten zu können ("Ärzte" 1987; Reimer 1987). Dass auf der anderen Seite in allen psychiatrischen Fach-Zeitschriften Neuroleptika als angemessene Mittel der ersten Wahl bei psychischen Ausnahmezuständen (Störungen), als *segensreiche Medikamente*, als *Erweiterung des Arzneimittelschatzes* hochgelobt werden, dass es oft genug dieselben PsychiaterInnen in Person sind wie z. B. Reimer aus Weinsberg, die in der normalen Presse den Einsatz biologischer Methoden verbal kritisieren und intern, in den Verbandszeitschriften, gar den ver-

stärkten Vollzug von Insulin-Schocks fordern, stört offenbar niemanden. Aus eigener Beratungstätigkeit in einem Berliner (senatsgeförderten) Selbsthilfeprojekt, die auch die Beratung frustrierter psychiatrisch Tätiger einschliesst, kennt der Autor zur Genüge Fälle, in denen gutwillige psychiatrisch Tätige zum Teil mit disziplinarischen Massnahmen an ihren Versuchen gehindert wurden, auf einer menschlichen Ebene – d.h. mit Gesprächsangeboten – Kontakt zu den Behandelten aufzunehmen. Ausserdem benötigen die WärterInnen Psychiatrischer Anstalten schon zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Regel pro Schicht nur zwei Stunden zur Verteilung der Neuroleptika; die restliche Zeit sitzen sie kaffeetrinkend und miteinander schwatzend in ihren Stuben und Wachkabinen (Fexer 1989). Ein international derzeit hochbewertetes Projekt, *Soteria* (Bern), zeigt in deprimierender Weise, wie sehr PsychiaterInnen auch unter günstigsten äusseren Voraussetzungen auf den Einsatz ihrer Neuroleptika fixiert sind: Die Behandlung in einer kleindimensionierten und gemeindenahen, als reizarm und offen deklarierten psychiatrischen Einrichtung gilt als gescheitert, wenn die (die ersten sechs Wochen) ohne Neuroleptika Behandelten zwar *in ihrem psychopathologischen Zustand* gebessert sind, sich aber der dann einsetzenden, als rückfallverhütend ausgegebenen Neuroleptika-Langzeitbehandlung entziehen wollen (Ciompi/Bernasconi 1986).

Was von Bemühungen der Angehörigen-Gruppen zu halten ist, die Situation für Psychiatrie-Betroffene zu verbessern, geht beispielhaft aus dem Jahresbericht 1986/87 einer schweizerischen *Vereinigung von Angehörigen von Schizophreniekranken* hervor; wenn sie wörtlich schreiben:

"Wir freuen uns, dass uns 4 Kollektivmitglieder (Firma Wander AG, Hilfsverein für Psychischkranke, psychiatrische Klinik Waldau, Firma Janssen, Baar) und 15 Gönner und Spender die Treue halten" (VASK 1987, S. 1).

Es braucht sich niemand mehr zu wundern, weshalb die organisierten Angehörigen den von ihren *gönnerhaften* Pharmamultis hergestellten Neuroleptika bisher so kritiklos gegenüberstehen.

Auch das Warten auf eine junge, kritische PsychiaterInnen-Generation scheint wenig von Erfolg gekrönt zu sein. Wie der Münchner Rudolf Winzen in einer beachtenswerten Studie nachweist, ist die Inzidenz (das Vorkommen) von VertreterInnen der sogenannten Biologischen Psychiatrie, d.h. der reaktionären Psychiatrie, in den modernen Universitäts-Anstalten, in denen der Nachwuchs der Psychiatrie ausgebildet wird, weitaus höher als in den grossen, *alten* Anstalten (Winzen 1987). Auch die mancherorts noch als *fortschrittlich geltenden* SozialpsychiaterInnen, die den AnstaltspsychiaterInnen zuarbeiten bzw. die Weiterbehandlung nach der Anstaltsentlassung sicherstellen, können schwerlich als Hoffnungsträger für eine bessere Zukunft von Psychiatrie-Betroffenen angesehen werden. So trägt einer der Führer der *Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie* (DGSP), Pörksen, im Mitglieder-Rundbrief der DGSP vom April 1983 sinngemäss vor, dass es hauptsächlich kosmetische Reparaturen seien, die die Psychiatrie menschenwürdig machten – was er möglicherweise sogar selbst glaubt:

"Vieles, was in der Psychiatrie-Enquête noch als menschenunwürdige Zustände bezeichnet wurde, änderte sich nach und nach. Bauprogramme und Renovierungs-

programme sorgten dafür, dass betonierte Krankenabteilungen im Krankenhausstil auf dem noch freien Parkgelände gebaut wurden und alte Bausubstanz erneuert wurde.“ (zitiert nach Lehmann 1986, S. 38)

Eine Ausweitung von Finanzmitteln für eine Psychiatrie, die sich im Wesen (Zwangscharakter, elektro- und chemotechnische Behandlung statt Verständnis, Geduld und Mitmenschlichkeit) nicht ändern will, muss als kontraindiziert angesehen werden (Stöckle/Lehmann 1985). Thomas S. Szasz, selbst Psychiater, bringt die Kritik an der Reformpsychiatrie auf den Punkt:

“Ich bin sehr pessimistisch. Ich bin nicht völlig dagegen, denn verglichen mit der Anstalt, die ein Gefängnis, ein Zuchthaus, ein KZ ist, ist es schon etwas netter, die Leute herauszulassen. Aber es ist nicht viel netter, wenn der Gefängniswärter nachkommt. Ich würde es vergleichen mit einem Gefangenen hinter Gittern und einem, der Bewährung hat. Das Schlimmste an der Gemeinde-Psychiatrie – bezogen auf Amerika, wo ich mich sehr gut auskenne – ist, dass sie alle Charakteristika der Psychiatrie wieder aufgreift, wie sie seit Menschengedenken bestehen.“ (Szasz 1980, S.1438)

Lösung der Psychiatrie-Frage

Gerade bei einer Reformdiskussion gibt es viele Gelegenheiten, ernsthaft an einer Verbesserung der Situation (akut und eventueller zukünftiger) Psychiatrie-Betroffener zu arbeiten. Verbesserung der Rechtsstellung, Aufklärung über Gefahren moderner psychiatrischer Behandlungsmassnahmen, Unterstützung individueller sozialer Rehabilitationsmassnahmen sowie finanzielle Förderung Psychiatrie-unabhängiger Selbsthilfe- und Therapie-Projekte bei schrittweiser Reduzierung der Finanzmittel von auf psychopharmakologischer und Elektro- und sonstiger Schock-Basis arbeitender Anstalts- und gemeindenaher Psychiatrie sind hierbei die Schlüsselbegriffe zu einer Humanisierung der Lage von Psychiatrie-Betroffenen und somit zur Lösung der Psychiatrie-Frage.

Die Verbesserung der Rechtsstellung darf die Anerkennung von Menschenrechten (Selbstbestimmungsrecht, Recht auf körperliche Unversehrtheit) nicht von psychiatrischen *Diagnosen* abhängig machen. Gelten Menschenrechte als unteilbar, so sind sie auch Psychiatrie-Betroffenen ohne Einschränkung zu gewähren, die von Sachwalterschafts-, Betreuungs-, Pflegerschafts- und Vormundschafts- und sonstigen Gesetzen tangiert werden (Lehmann 1988d). Die Verbesserung der Rechtsstellung schliesst ein, dass die Gültigkeit von Voraussetzungen wie dem Patiententestament oder dem neu entwickelten Psychiatrischen Testament (Szasz/Rolshoven 1987) sowie das Recht auf Einsicht in die (die eigene Person betreffenden) psychiatrischen Akten (Lehmann 1988c) ausdrücklich anerkannt werden – und zwar als Rechtsgüter, die unabhängig von medizinischen Theorien und psychiatrischen Glaubensrichtungen bestehen. Grundsätzlich dürfen psychiatrisch Untergebrachte rechtlich nicht mehr schlechter gestellt sein als StraftäterInnen – gleichgültig auf welcher Rechtsgrundlage die Unterbringung erfolgt. Entsprechend der strafrechtlichen Unschuldsvermutung könnte eine *Gesundheitsvermutung* einen Beitrag zur Einführung bzw. Festigung eines

Rechtsschutzes für psychiatrisch Untergebrachte leisten. Ebenso sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, vor der richterlichen Feststellung über die Berechtigung einer psychiatrischen Unterbringung die Behandlung mit den gefährlichen und persönlichkeitsverändernden neurotoxischen Psychodrogen zu unterlassen; ein juristisches Verbot muss Grundlage dieses überfälligen Rechtsschutzes werden.

Gefährliche Behandlungsmassnahmen wie Neuroleptika sowie Schockanwendungen von der Art des Elektroschocks dürfen auf keinen Fall gegen den Willen der Betroffenen vollzogen werden, stehen sie unter *Pflegschaft* oder nicht (Mazenauer 1986, 1987). Wenn sich selbst der *Weltverband für Psychiatrie*, dem die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde* angeschlossen ist, in der *Deklaration von Hawaii* gegen eine Zwangsbehandlung von Personen ausgesprochen hat, solange sie noch zu klaren Willensäusserungen (und somit zur Ablehnung, P.L.) fähig sind (Weltverband für Psychiatrie 1977, 1986), so sollte diese einschränkende Haltung zur Zwangsbehandlung bei Gesetzesreformen nicht unberücksichtigt bleiben. Es geht nicht an, bei gleicher psychischer Verfassung der Behandlungs-KandidatInnen deren Zustimmung zu psychiatrischen Anwendungen als wirksam zu begrüssen, jedoch die entsprechende Ablehnung als *psychotisch* bedingt zu ignorieren. Wem es nun darum geht, die Zwangsbehandlung zu verhindern, könnte angesichts der beschriebenen psychiatrischen Bedrohung möglicherweise eher pragmatisch als an Maximalforderungen ausgerichtet vorgehen. Denkbar ist a) der Aufbau zu überspringender Verwaltungshürden wie z.B. einzuholende Gremien-Entscheide wie in Alabama/U.S.A. für den Fall des gegen den Willen vollzogenen Elektroschocks (Ernst 1982), b) der Nachweis spezieller Voraussetzungen (gemacht im Zustand der Normalität), wie sie beispielsweise in einem Gesetzentwurf der *Alternativen Liste Berlin* vorgesehen sind (Schulz u.a. 1984) oder c) das vollständige Verbot der Behandlung gegen den Willen.

Der ärztliche Behandlungsgrundsatz: *Nil nocere!* (*Nicht schaden!*) muss wieder Gültigkeit erlangen. Neuroleptika- und Elektroschock-Schäden dürfen nicht weiterhin vertuscht, sondern müssen in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt werden. Möglicherweise ist der Einsatz von Neuroleptika aufgrund ihrer sozialschädlichen und für den Körper verheerenden Wirkung nur noch zu neuroleptanalgetischen Zwecken akzeptabel: im Rahmen von schmerzbetäubenden und stoffwechselverlangsamenden Massnahmen bei Operationen; möglicherweise ist dies auch der einzig akzeptable Einsatzbereich im tiermedizinischen Bereich.

Gesetzliche Regelungen finden nicht im luftleeren Raum statt, sondern haben im Regelfall den Einsatz von Neuroleptika und Elektroschocks zur Folge, soweit die Behandlungsmassnahmen im Bereich der Psychiatrie stattfinden. Als ExpertInnen auf dem Gebiet der Aufklärung über Schäden psychiatrischer Behandlung sind, was die Erfahrung lehrt, vornehmlich Betroffene anzusehen, wenn auch zunehmend – wie ausgeführt – Kritik aus den eigenen Reihen der BehandlerInnen erfolgt. Dass es auch Psychiatrie-Betroffene geben mag, die bei sich die Anwendung bestimmter psychiatrischer

Massnahmen gutheissen, darf nicht davon abhalten, die Position der Betroffenen insgesamt zu stärken; die Rechte Behandlungswilliger sind ausreichend abgedeckt. Sofern es bereits zur Selbstorganisation von Betroffenen juristischer, medizinischer und psychiatrischer Eingriffe (Graue Panther, Irren-Offensive e.V.) gekommen ist, muss diesen wertvollen, wenn auch sicher (und hoffentlich) unbequemen Organisationen Gelegenheit gegeben werden, bei Weiterbildungsmassnahmen aller Art aktiv und gestaltend mitzuwirken; nur so kann Verständnis für die Probleme, Wünsche und Nöte von Betroffenen entstehen (Lehmann u.a. 1987).

Dass die Forderung nach noch mehr Geld, noch mehr Psychiatrisierung mit Reform im Sinne von Verbesserung der Situation von Psychiatrie-Betroffenen nichts gemein hat, geht aus allem hervor, was bisher gesagt wurde. Höhere Finanzmittel für dieselbe unzureichende, ja schädliche psychopharmakologisch-biologisch orientierte Psychiatrie bedeuten steigenden Finanzbedarf, vermehrte körperliche und soziale Folgeschäden. Höhere Finanzmittel für die Psychiatrie bedeuten auch Vorenthaltung finanzieller Mittel für sinnvolle alternative, innovative, echte Reformmodelle und verstellen geradezu den Blick auf deren notwendige Förderung (Lehmann 1986, S. 387ff.) Mit der stufenweisen Reduzierung von Finanzmitteln kann der überfällige Ausstieg aus der psychopharmakologisch-biologisch orientierten Psychiatrie begonnen werden. Die freiwerdenden Gelder werden dabei benötigt, um einerseits den freikommandierenden AnstaltsinsassInnen befriedigende Lebensverhältnisse (Wohnraum ohne therapeutischen Zwang, Arbeitsmöglichkeiten in selbstverwalteten Kooperativen, Starthilfe und Schmerzensgeld für die erlittene Behandlung, Entgiftungs- und Kurmassnahmen) zu finanzieren, sowie andererseits unter Kontrolle von Betroffenen und deren Vertrauenspersonen stehenden Institutionen mit echter menschlicher Hilfeleistung zu schaffen; Weglaufhäuser, Krisenwohnraum, Kommunikationszentren mit therapeutischen Angeboten, ohne Registration und ohne Zwangsmassnahmen; kurzum Institutionen der Unterstützung, in die Menschen nicht mit Polizeigewalt hingeschleppt zu werden brauchen, sondern zu denen sie auch in aufgewühlten oder verwirrten Zuständen vertrauensvoll und angstfrei hingehen können. Mögen diese Forderungen nach einem Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe und nach Schaffung und Finanzierung der entsprechenden Einrichtungen auf den ersten Blick utopisch erscheinen: Möchten Sie als ausgerasteter oder depressiver oder vielleicht später als alter, wehrloser, unbequemer Mensch keine andere Wahl haben, als mit Elektroschocks oder Neuroleptika behandelt zu werden?

Was tun?

Dass es ratsam ist, nicht auf Initiativen von oben zu warten, sondern schon heute eine Gegenmacht zur Psychiatrie aufzubauen, zeigen die mannigfachen, über viele Länder verstreuten mehr oder weniger antipsychiatrischen Selbsthilfe-Organisationen. Über selbstverwaltete Initiativen und Kommunikationszentren hat die Amerikanerin Judi Chamberlin mit ihrem "On Our

Own. Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System" einen lesenswerten Bericht vorgelegt (Chamberlin 1979). Nicht minder spannend ist das Buch "Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern" von Tina Stöckle, in dem sie anhand der Praxis einer autonomen Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrie-Überlebenden zeigt, worauf es beim Zusammenschluss von Betroffenen ankommt: Kampf gegen die Psychiatrie und für Menschenrechte; kollektive Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen; Befreiung vom psychiatrischen Einfluss; Suche nach dem Sinn des Wahnsinns; Autonomie und persönliche Entfaltung; kritische Auseinandersetzung mit den ExpertInnen; Abbau jeglicher Machtverhältnisse innerhalb der Gruppe sowie Widerstand gegen Fremdkontrolle (Stöckle 1983a). Ludger Bruckmann, neben dem Autor dieses Beitrags noch aktives Gründungsmitglied der Irren-Offensive, zeigt in einem neueren Artikel auf, welche Richtung sein Lebensweg nahm, nachdem er sich von der psychiatrischen *Versorgung* abgewandt und der Selbstinitiative und Selbsthilfe zugewandt hatte; "Sich Gutes antun" nennt er das Schlusskapitel seiner Betrachtungen und meint (statt Psychopharmaka – ob Alkohol oder Neuroleptika):

"Früh aufstehen, radfahren, jeden Tag schwimmen, das tun, was Freude macht, malen, nähen usw. Schlimme Gedanken darfst Du haben, es ist o.k. Gib ihnen aber nicht grosse Bedeutung. Bleibe mit Deinen Gedanken möglichst auf der Erde, in Deinem Leben, denn auch woanders kannst Du nicht vor dem Leben davonlaufen. Auch wenn's Dir ganz dreckig geht, gehe zu Menschen, die Dich niemals ins Irrenhaus bringen ... Therapie bei Psychologen, die Psychodrogen ablehnen, ist: Hilfe durch Reden, Hilfe von Menschen, Es ist so leichter, sich über vieles bewusst zu werden."

Bruckmann am Ende seiner Betrachtungen:

"Das 'Schlimme' was passiert, ist: Ich bin ein froher, lebensfähiger Mensch geworden, der sein Leben immer mehr bereichert und der Dinge geschafft hat, die er noch vor 10 Jahren nicht geglaubt hätte. Wir reissen dem Psychiater den chemischen Knebel (damit meine ich die Spritze) aus der Hand und übernehmen die Verantwortung für unser Leben selbst." (Bruckmann 1988)

Dass auch Profis, sogenannte ExpertInnen, einen Beitrag zur Emanzipation von Psychiatrie-Betroffenen leisten können, ist nicht auszuschliessen – sofern sie den Weg von der "emotionalen Tyrannei" (Masson 1988) – zu einer gleichberechtigten, an den Interessen der Betroffenen orientierten Arbeit finden. Ein Beispiel in diese Richtung stellt das kalifornische Projekt *Soteria* dar, das weitgehend ohne Neuroleptika und unter der Hauptverantwortung, Entscheidungsbefugnis und Autorität sogenannter Laien geführt wurde, d.h. von Nicht-PsychiaterInnen, (ehemaligen) Betroffenen, SozialwissenschaftlerInnen und sonstigen BürgerInnen: "Der Versuch, die Erfahrungen eines Psychotikers zu verstehen und sie zu teilen, ohne sie gleich zu beurteilen, zu etikettieren, in Frage zu stellen oder abzuwerten", führte allerdings zu derart guten Langzeit-Erfolgen, dass der sozialpsychiatrische Geldgeber, das *National Institute for Mental Health* das Projekt liquidierte (Mosher/Menn 1985). Wie sich die deutsche Irren-Offensive eine Zusammenarbeit mit Profis vorstellt, hat sie 1983 auf dem *Gesundheitstag* in Hamburg ausgeführt: Profis müssen vom *hohen Ross* ihres (eingebildeten) ExpertIn-

nen-Daseins heruntersteigen; den Wert der menschlichen Qualifikation (gegenüber der beruflichen) erkennen lernen; akzeptieren, dass es Sache der Betroffenen ist zu entscheiden, wer für sie arbeitet; die Selbstorganisation der Betroffenen fördern und unterstützen; auf jegliche Anwendung von Erpressung und Zwang verzichten; ständig die jahrhundertalte Diffamierung der Ver-rückten als *Entartete* oder als *Psychisch-Kranke* und *Behinderte reflektieren*, und sich für die Abschaffung der Psychiatrie in jeder Form, speziell der Gemeindepsychiatrie, entscheiden (Stöckle 1983b).

Erinnern wir uns daran, was erstmals im Jahre 1971 das italienische Psychiater-Ehepaar Franco Basaglia und Franca Basaglia-Ongaro in ihrem hervorragenden Aufsatz über *Befriedungsverbrechen* schrieben, als sie die bereitwillige Mittäterschaft von Intellektuellen bei psychiatrischer *Präventivfolter* anprangerten:

“Es ist grotesk und tragisch, dass Intellektuelle, indem sie sich an die Institutionen der Macht anbinden, unter dem Schein der Hilfeleistung die Opfer der Macht vollends entwaffnen: In der Pose des Samariters geben sie ihnen den tödlichen Kuss“ (Basaglia/Basaglia-Ongaro 1975, S. 22)

Wen anders als die moderne *fortschrittliche, demokratische, soziale* Psychiatrie mit ihren zerstörerischen Depot-Neuroleptika würde Franco Basaglia heute als zeitgemässe Version der tödlich küssenden *SamariterInnen* blossstellen, nach allem, was inzwischen über die tatsächliche Logik der *Reform-Psychiatrie* bekannt ist?

Von allen Menschen, für die Menschenrechte nicht blosse Worthülsen sind, erhoffe ich mir nicht nur, dass sie sich abzeichnende Ansätze zur Selbstorganisierung der Psychiatrie-Überlebenden (Lerch 1989) wohlwollend betrachten, sondern auch, dass sie nicht länger sprach- und tatenlos zusehen, wie sich die totalitäre und menschenfeindliche Sozialpsychiatrie seuchenartig ausbreitet.

* Dieser Artikel ist eine aktualisierte Überarbeitung von: “Gemeindepsychiatrische Wirklichkeit. Kritik der modernen Sozialpsychiatrie“, erschienen in: *Störfaktor – Zeitschrift kritischer Psychologinnen und Psychologen* (Österreich). Heft 9/10. 3. Jg. (1989). Nr. 1. S. 6 – 19

LITERATUR

- “Ärzte gehen auf die Barrikaden. Der Personalmangel in den Landeskliniken ist ein Problem“, in: *Rems-Murr-Rundschau* vom 8.8.1987
- “Ob Anstalt oder Wissenschaft – Die Psychiatrie gehört abgeschafft“, in: *Wildcat (BRD)*, Nr. 20 (März 1988), S. 25 – 34
- Basaglia, Franco/Basaglia-Ongaro, Franca: “Befriedungsverbrechen“, in: Franco Basaglia u.a. “Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit von Intellektuellen“, Frankfurt am Main 1980, S. 11-61
- Benedetti, Gaetano: “Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychosen“, in: *Pro Mente Sana Aktuell* (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 17
- “Berliner Patienten testeten Hunde-Pillen“, in: *BZ (Berliner Zeitung)* vom 11. Mai 1988, S. 1 u. 18
- Blümel, Kathrin: “Die Aufgaben eines Sozialarbeiters in der Nervenarztpraxis bei der Behandlung schizophrener Patienten“, in: “Der schizophrene Patient in der Nervenarztpraxis“, Hrsg.: Michael Linden/Christoph Lipski/Adolf Pietzcker, Stuttgart/New York 1985, S. 122 – 126

- Böttger, Uwe: “Heftige Debatte um Neuroleptika-Verbot“, in: *Eppendorfer*, 4. Jg. (1989), Nr. 2, S. 8 – 9
- Bondy, Brigitta u.a.: “Biologische Marker endogener Psychosen“, in: *Nervenarzt*, 59. Jg. (1988), Nr. 10, S. 565 – 572
- Breggin, Peter R.: Vortrag, gehalten bei der Veranstaltung: “NS-Psychiatrie, Elektroschock, Psychopharmaka und Psychoanalyse – Lehren für die Zukunft“, mit Jeffrey M. Masson/Peter R. Breggin, organisiert von der Irren-Offensive e. V. in Zusammenarbeit mit dem Center for the Study of Psychiatry, Inc., TU Berlin 26.9.1988
- Breggin, Peter R.: “Elektroschock ist keine Therapie“, München/Wien/Baltimore 1980 (seit 1988 im Antipsychiatrieverlag Berlin)
- Breggin, Peter R.: “Psychiatric Drugs. Hazards to the Brain“, New York 1984
- Bruckmann, Ludger: “Der Weg ins Leben“, in: *Pro Mente Sana Aktuell* (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 38
- Bruns, G: “Zwangseinweisung und ambulante Dienste“, in: *Nervenarzt*, 57. Jg (1986), Nr 2, S. 119 – 122
- Chamberlin, Judi: “On Our Own Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System“, New York 1979
- Cierpka, Tanja: “Ich beginne, vor meiner Verrücktheit keine Angst mehr zu haben“, in: *Pro Mente Sana Aktuell* (Schweiz), 1988, Nr 3, S. 39
- Ciampi, Luc/Bernasconi, R: “Soteria Bern’ Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieuthherapie für akute Schizophrene“, in: *Psychiatrische Praxis*, 13 Jg. (1986), Nr 5, S. 172 – 176
- Crone, Ilke u.a.: “‘Ausbrüche’ Dokumentation der studentischen Veranstaltungsreihe ‘Psychopharmaka’“, *Bremer Beiträge zur Psychologie*, Nr. 69 (Heft 1/1988), Universität Bremen 1988
- Degkwitz, Rudolf: “Anlässe für die Aufnahme psychisch Kranker in geschlossenen Abteilungen“, in: *Nervenarzt*, 57 Jg. (1986), Nr. 7, S. 415 – 418
- Dix, Karl-Heinz: “Das Horror-Heim von Garmisch: Alte leben in Angst! Drei Leichen exhumiert/Staatsanwaltschaft ermittelt“, in: *tz (München)* vom 6 Juli 1989
- Dörner, Klaus: Diskussionsbeitrag in der AG “Psychopharmaka und Alternativen“, Jahrestagung ‘Mannheimer Kreis’, München 4. bis 7.5.1989
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula: “Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie“, völlig neubearbeitete Ausgabe, Rehburg-Loccum 1984
- Dreher, A.: Diskussionsbemerkung, zu: “Dosierungsprobleme bei Aufnahmen Schizophrener (Diskussion)“, in: *Psychopharmakotherapie. Optimale Dosierung der Neuroleptika*“, Hrsg.: Hans-Joachim Haase, Erlangen 1982, S. 120 – 134
- Dukes, M.N.G.: “Neuroleptics“, in: “Side Effects of Drugs Annual, A Worldwide Yearly Survey of New Data and Trends“, Hrsg.: M.N.G. Dukes, Regional Officer for Pharmaceuticals and Drugs Utilization, The World Health Organization, Kopenhagen 1986, S. 49 – 52
- Ernst, Cécile: “Psychiatriereform – Hintergrund, Ideologie und Wirklichkeit. Blick auf die Bestrebungen in Italien und anderen Ländern“, in: *Neue Zürcher Zeitung* vom 29.10.1988, S. 23 – 24
- Ernst, Cécile: “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
- Ernst, Klaus/Ernst, Cécile: “Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei“, in: *Nervenarzt*, 57. Jg. (1986), Nr. 9, S. 494 – 501
- Fexer, Helmut: Persönliche Mitteilung (1989)
- Friedberg, John: “Shock Treatment is not Good for Your Brain“, San Francisco 1976
- Friedberg, John: “Shock Treatment, Brain Damage, and Memory Loss: A Neurological Perspective“, in: *American Journal of Psychiatry*, Vol 134 (1977), Nr. 9, S 1010 – 1014
- Gliniecki, Andy: “All in the Mind“, in: *Time Out* (England) vom 24.2.1988, S. 10 – 11
- “Aus einem Guss. Wie die Wiener ihre Psychiatrie reformieren“, in: *Zeit (BRD)*, 40. Jg. (1985), Nr. 45, S. 43
- Heckel, L./Reimer, Fritz: “Gibt es noch Indikationen für die Insulin-Behandlung?“, in: *Nervenarzt*. 57. Jg. (1986), Nr. 4, S. 255
- Helmchen, Hanfried: Diskussionsbemerkung, in: “Therapie mit Neuroleptika“, Hrsg.: Hanns Hippus/H. E. Klein, Erlangen 1983

Hill, David: "The Politics of Schizophrenia. Psychiatric Oppression in the United States", New York 1983

Hill, David: "The Problem with the Major Tranquilizers", in: Open Mind (England), 1985, Nr. 13, S. 14; deutsche Übersetzung in: Irren-Offensive (BRD), Heft 4 (1990; in Vorbereitung)

"Vom Himbeersaft", in: Banal (Schweiz), 1988, Nr. 4, S. 14 – 26

"Kinder-'Erziehung' mit Medikamenten?", in: Soziale Medizin (Schweiz), 15. Jg. (1988), Nr. 12, S. 28

Lehmann, Peter: "Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Mit über 150 Abbildungen und wertvollen Tips zum Absetzen", Berlin 1986

Lehmann, Peter/Stöckle, Tina/Heselhaus, Annette/Bruckmann, Ludger/Hasper, Fritz: "Grüne, Psychiatrie und Antipsychiatrie. Ein grünes Armutszeugnis", in: Irren-Offensive (BRD), Heft 3 (1987), S. 11 – 15

Lehmann, Peter: "Warum die Augen vor den Neuroleptika-Schäden verschliessen?", in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988a, Nr. 3, S. 20 – 21

Lehmann, Peter: "Psychopharmaka: Dauermedikation oder befristeter Einsatz", Referat, gehalten auf dem Symposium '10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik Bern', Bern 8. bis 10.9. 1988b

Lehmann, Peter: "Machtpoker der Psychiater um das Recht auf Akteneinsicht", in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988c, Nr. 4 S. 14 – 15

Lehmann, Peter: "Selbstbestimmungsrecht oder therapeutische Gewalt im Betreuungsgesetz?", Beitrag zum '1. Vormundschaftsgerichtstag', Bad Bevensen 26. bis 29.10.1988d

Lehmann, Peter/Hill, David: "Neue Seuche: Tardive Dyskinesie. Am Wendepunkt der psychiatrischen Psychopharmakologie?", in: Dr.med.Mabuse (BRD), 14. Jg. (1989), Nr. 58, S. 18 – 21

Lerch, Fredi: "Die Schweiz braucht eine Irren-Offensive. In Zürich versuchen sich Psychiatrie-Überlebende zu organisieren", in: Wochenzeitung (Schweiz), 8. Jg. (1989), Nr. 3, S. 4 – 5

Mackay, Angus V. P. u.a.: "Increased Brain Dopamine and Dopamine Receptors in Schizophrenia", in: Archives of General Psychiatry, Vol. 39 (1982), Nr. 9, S. 991 – 997

Martensson, Lars: "Sollen Neuroleptika verboten werden?", in: Irren-Offensive (BRD), Heft 3 (1987), S. 31 – 43

Masson, Jeffrey M.: "Against Therapy. Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing", New York 1988

Mazenauer, Beatrice: "Psychischkrank und ausgeliefert? Die Rechte des psychiatrischen Patienten im Vergleich zum Somatischkranken", Dissertation Bern 1985, 2. Aufl., Genf 1986

Mazenauer, Beatrice: "Kontrolle über die 'Psychiatrie' einer öffentlichen psychiatrischen Klinik", in: "Aspects du droit médical (3e cycle de droit 1986)", Hrsg.: P. Tercier, Editions Universitaires Freiburg (Schweiz) 1987, S. 207 – 225

McNeil Pharmaceutical, Inc.: "For the Schizophrenic Patient ... Haldol Decanoate", Werbeanzeige, in: Archives of Psychiatry, Vol. 45 (1988), Nr. 2, S. 186 – 188; deutsche Übersetzung in: Peter Lehmann/Marianne Lahni, Grundwissen Neuroleptika, in: Irren-Offensive (BRD), Heft 4 (1990; in Vorbereitung)

Milgram, Stanley: "Das Milgram-Experiment. Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität", Reinbek bei Hamburg 1974

Mosher, Loren R./Menn, Alma Z.: "Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt", in: "Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Ein internationaler Überblick", Hrsg.: Helm Stierlin/Lyman C. Wynne/Michael Wirsching, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo 1985, S. 105 – 122

Perry, John W.: "Psychosis as Visionary State", in: "Methods of Treatment in Analytical Psychology", Hrsg.: Ian F. Baker, VII. International Congress of the International Association for Analytical Psychology, Fellbach 1980, S. 193 – 198

Petrausch, Rudolf: "Lexikon der Tierarzneimittel", 9. Jg., 6. Aufl., Berlin 1987

"Psychiatrie in Nicaragua: Die Vergangenheit ist überwunden", in: Envio (Managua/Nicaragua), Mai 1987, Deutsche Ausgabe Nr. 71, S. 12 – 23

Reimer, Wulf: "Warum der Patient pflegeleicht gemacht wird. Zur Situation der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg", in: Süddeutsche Zeitung vom 12./13.12.1987, S. 11

Rosenhan, David L.: "Gesund in kranker Umgebung", in: "Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus", Hrsg.: Paul Watzlawick, München/Zürich 1981, S. 111 – 137

Rudas, Stephan: "Veränderung der psychiatrischen Versorgung-Ergebnisse einer Psychiatriereform aus der Sicht der Planung, Koordination und evaluierenden Verlaufsforschung", in: Österreichische Krankenhaus-Zeitung, 27. Jg. (1986), S. 349 – 366

Rufer, Marc: "Irrsinn Psychiatrie. Psychisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens – ein Irrweg", Bern/Bonn 1988a

Rufer, Marc: "Stille Kliniken durch chemische Knebel", in: Wochenzeitung (Schweiz), 7. Jg. (1988b), Nr. 41, S. 4 – 5

Sarbin, Theodore R./Mancuso, James C.: "Schizophrenie – Medizinische Diagnose oder moralisches Urteil?", München/Wien/Baltimore 1982

Schulz, Kordula/Freudenthal, Klaus und die übrigen Mitglieder Fraktion der AL: "Antrag der Fraktion der AL über 'Gesetz über die Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen'", in: Abgeordnetenhaus von Berlin, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/2065 vom 7.9.1984

Scull, Andrew T.: "Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge", Frankfurt am Main 1980

Stöckle, Tina: "Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern", Frankfurt am Main 1983a

Stöckle, Tina: "Das Verrücktenhaus – ein Traum II", in: Irren-Offensive (BRD), Heft 2 (1983b), S. 31 – 32

Stöckle, Tina/Lehmann, Peter: "Psychiatrie-Enquête: Die Psychiatrie ist tot – Es lebe die Psychiatrie! Kritik an 'Reform'-Psychiatrie wächst", in: Umbruch (BRD), 4. Jg. (1985), Nr. 1, S. 33 – 40

Stoffels, Hans: "Der Hausbesuch – Eine Untersuchung zur aufsuchenden Betreuung psychisch Kranker im Rahmen von zwei mobilen Ambulanz-Diensten", in: Psychiatrische Praxis, 15. Jg. (1988), Nr. 3, S. 90 – 95

Szasz, Thomas S.: Aussage in: "Interview mit Thomas S. Szasz", in: Naturheilpraxis (BRD), 33. Jg. (1980), Nr. 12, S. 1434 – 1438

Szasz, Thomas S.: "Schizophrenie – Das heilige Symbol der Psychiatrie", Frankfurt am Main 1982

Szasz, Thomas S.: "Das Psychiatrische Testament", mit einer Gebrauchsanweisung von Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven, Berlin 1987

Tremblau, E.H.: Diskussionsbemerkung, in: "Round-Table-Gespräch", in: "Psychopharmakotherapie. Optimale Dosierung der Neuroleptika", Hrsg.: Hans-Joachim Haase, Erlangen 1982, S. 252 – 277

Trieper, Hannah: Leserbrief, in: Irren-Offensive (BRD), Heft 3 (1987), S. 54

Valdesalici, Benedetto: Referat, gehalten auf der Tagung: "Die Zukunft der psychosozialen Versorgung", veranstaltet von der Bundes-Arbeitsgemeinschaft 'Soziales und Gesundheit' der Grünen und der Alternativen Liste Berlin, Berlin 1. bis 2. Dezember 1984

VASK (Vereinigung der Angehörigen von Schizophreniekranken): "Jahresbericht 1986/87", verfasst von A. Geiser, Postfach 20, 3084 Wabern (Schweiz), November 1987

Walther-Büel, Hans: "Das neurolegische Prinzip in pharmakopsychiatrischer Betrachtung", in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 129. Jg. (1955), Nr. 1 – 3, S. 286 – 296

Weltverband für Psychiatrie: "Erklärung von Hawaii", VI. Weltkongress für Psychiatrie, Honolulu 28. bis 3.9.1977, in: Nervenarzt, 49. Jg. (1978), Nr. 2, S. 129 – 130

Weltverband für Psychiatrie: "Erklärung von Hawaii/II", Beschluss der Generalversammlung des Weltverbandes für Psychiatrie vom 10. Juli 1983, in: Nervenarzt, 57. Jg. (1986), Nr. 12, S. 739 – 740

"Wiener Psychiatriebericht 1987/88", unveröffentlichtes Manuskript, Redaktion S. Rudas, Hrsg.: Kuratorium für psychosoziale Dienste, 1013 Wien, Gonzagagasse 15, Wien 1988

Winzen, Rudolf: "Psychopharmaka in den Anstalten in und um München", in: Mitgliederinfo der Bayerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Nymphenburger Str. 106, 8000 München 19, November 1987, S. 4 – 7

Wulf, Erich: "Zu den 'Thesen zur Abschaffung und Überwindung der Psychiatrie' der Grünen". in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 11 (1986; = Argument-Sonderband 131), S. 10 – 16