

Peter Lehmann

GEMEINDEPSYCHIATRISCHE WIRKLICHKEIT. KRITIK DER MODERENEN SOZIALPSYCHIATRIE

Aufgrund der extrem schädlichen Wirkung moderner psychiatrischer Maßnahmen (Elektroschock, Neuropsychopharmaka) muß die Diskussion über Wege der Psychiatrie-Entwicklung eine kritische Bestandsaufnahme von Reformversuchen leisten. Die psychiatrische Behandlung - finde sie ambulant oder hinter Anstaltsmauern statt - widerspricht den Interessen der Betroffenen. Es ist zynisch, die Anwendung von Neuroleptika gegen Dissidenten in totalitären Ländern als Folter anzuprangern und dieselbe Behandlung hierzulande als *therapeutische Hilfe* zu praktizieren. Echte menschliche Hilfeleistung in psychischen und sozialen Notlagen kann nicht mit psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen auf Grundlage entrechtender Eingriffe geleistet werden, sondern nur in Form von psychischem und sozialem Beistand. Menschen in Krisensituierungen müssen darin unterstützt werden, sich zusammenzuschließen und unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts ihre Interessen in die eigenen Hände zu nehmen. Das gemeindepsychiatrische *Modell Wien* gilt unter Psychiatrie-kritischen Selbsthilfe-Organisationen als Alptraum, da es dem geforderten Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe völlig entgegensteht und echte menschliche Hilfeleistung vorenthält.

1. Interessen von Psychiatrie-Betroffenen

Das zentrale Interesse von Psychiatrie-Betroffenen ist die körperliche Unversehrtheit. Sind auch andere Rechte wie z.B. 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) 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 Rechtsbeschränkung und Demütigung dar. Darüber hinaus heißt Psychopharmaka- oder Elektroschock-Behandlung im Regelfall Vorenthalten menschlich-unterstützender und therapeutischer Maßnahmen.

2. Gefährlichkeit psychiatrischer Eingriffe

Über die Gefährlichkeit psychiatrischer Maßnahmen wie Elektroschock und sogenannter *antipsychotischer Medikamente*, der Neuroleptika, liegt mittlerweile eine Reihe äußerst beunruhigender Literatur vor; Mediziner, Psychiater 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 unbedeuter Lebens- und Sinnesweise.

Der deutsche Psychiater Klaus Dörner beschreibt die von ihm und seiner Kollegenschaft praktizierte moderne psychiatrische Behandlung wie folgt: "Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT (Elektrokrampf-Therapie, P.L.) nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie." (Dörner u. Plog 1984, S. 537) Bei der Kritik des Elektroschocks (wie auch bei der Kritik der Neuroleptika) ist in Erinnerung zu behalten, daß die psychiatrische Diagnosenstellung sowohl von Psychiatern selbst (Szasz 1982) als auch von Sozialwissenschaftlern (Sarbin u. Mancuso 1982; Hill 1983) als willkürlich, unwissenschaftlich und letztlich zufällig kritisiert wird. Dörner, selbst den Elektroschock lehrend, gibt (unfreiwillig) Preis, daß sein Einsatz nicht von wissenschaftlich gesicherter Diagnosenstellung abhängt, sondern von menschlich-therapeutischen Fähigkeiten - und somit auch Unfähigkeiten - des Anwenders; er bezeichnet eine mögliche Indikation wie folgt: "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 u. Plog 1984, S. 538)

Über die hirnschädigende Wirkung des Elektroschocks klärt der amerikanische Psychiater Peter R. Breggin anschaulich und leichtverständlich auf. Er stellt die Zerstörungen der Nervenzellen in den Mittelpunkt seiner Kritik; diese kommen durch die epileptischen (Grand mal-) Anfälle zustande, die Hauptwirkung der Stromstöße gegen das Gehirn (Breggin 1980). 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 kritisiert, die in Kollegenkreisen das Prinzip eines *erfolgreichen* Elektroschocks exemplarisch wie folgt preisgeben: "Nach unserer Ansicht war die Regression des Patienten ausreichend fortgeschritten, wenn er einäßte 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 Verwirrtheitszustände 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)

Der Autor dieses Artikels stellt in dem Buch "Der chemische Knebel - Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen" psychiatrische Publikationen über die Neu-

roleptika-Behandlung zusammen und sieht 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.) In einem neueren Aufsatz faßt der Autor seine anhand psychiatrischer Veröffentlichungen und Herstellerinformationen gemachten Angaben zu den schädlichen Auswirkungen (*Neben-Wirkungen*) der Neuroleptika zusammen: 90 % aller Behandelten leiden unter atrophischen, d.h. eine Schrumpfung des Gehirns beinhaltenden Zuständen; 90 % Bewegungstörungen, 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 incl. 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 Mio. Menschen irreversibel an Neuroleptika-bedingter tardiver Dyskinesie, einer veitstanzförmigen, nicht behandelbaren Muskelstörung (Hill 1985; Lehmann u. HILL 1989).

In den letzten Jahren werden nun vermehrt Stimmen von SozialwissenschaftlerInnen, MedizinerInnen und PsychiaterInnen laut, die die nonchalante Haltung ihrer Kollegen zu den unübersehbaren Schäden der Neuroleptika kritisieren (Breggin 1984; Rufer 1988a; Rufer 1988b), die Therapiefähigkeit ("emotionale Panzerung") unter Neuroleptika (Stöckle 1983a; Martensson 1987) sowie die Behauptung der frühzeitigeren Anstaltsentlassung aufgrund der Neuroleptika-Behandlung (Scull 1980) als Mythos enthüllen, die Überlegenheit von Placebos über Neuroleptika hinsichtlich Rückfallvermeidung aufzeigen (Perry 1977) sowie ein Unterlassen der Zwangsbehandlung mit Neuroleptika (Benedetti 1988), ja gar 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 den Zynismus hin, daß auf der einen Seite z.B. von *Amnesty International* die Neuroleptika-Behandlung von Dissidenten in totalitären Staaten als Folter ange-

prangert wird, im veterinarmedizinischen Bereich Neuroleptika ihren Einsatz finden 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; auf der anderen Seite werden in westlichen psychiatrischen Einrichtungen Menschen routinemäßig mit denselben Mitteln *therapeutisch* behandelt (Lehmann 1988b; Petrusch 1987). Zuletzt soll noch einmal betont sein, daß alle Wirkungen und Schäden prinzipiell dosisunabhängig und auch schon nach kurzer Anwendungsdauer unter sämtlichen Neuroleptika auftreten können; eine Tatsache, die selbst aus den etwas ehrlicheren amerikanischen Hersteller-Anzeigen zu entnehmen ist (Mc Neil Pharmaceutical 1988).

3. Reform-Irrwege

Verkleinerung von Anstalten gilt als ein Mittel zur Lösung der Psychiatriefrage. Italienische Psychiater 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 Valdesalici auf einer Tagung in Berlin 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 Klienten der neuen gemeindenahen psychiatrischen Ambulatorien massiv mit Neuroleptika behandelt werden (Ernst 1981). 1986 veröffentlichten Ernst u. 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; sie schreiben: "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 u. Ernst 1986). Wenn nun die *demokratischen* Psychiater Italiens, allen voran der Pharmakologe Tognoni, ihr *Fachwissen* bis nach Nicaragua exportieren, so läßt sich an den Fingern abzählen, was dabei herauskommt: Neuroleptika in *Gesundheitszentren*, Neuroleptika in *Tagesspitälen* und Neuroleptika im Wohnbereich (Psychiatrie in Nicaragua 1987). Mögliche revolutionäre Änderungen nach dem Sturz des Somoza-Regimes werden im Psychiatrie-Bereich 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, Sonapax) 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 angstinföllenden Instanzen der Obrigkeit zustande kommen (Stoffels 1988).

Verlagerung von Behandlung in gemeindenahe Einrichtungen wie sogenannte *Therapeutische Wohngemeinschaften* oder *Übergangswohnheime* sowie Gründung sogenannter *Selbsthilfesfirmen* sind andere vorgegebene Lösungsversuche der Psychiatriefrage. 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 Anstaltsinsass(inn)en 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 Eindrücke über die Situation von *Übergangswohnheimen* gibt Tanja Cierpka, selbst eine Betroffene, 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, erfanden Sozialpsychiater das Konzept der *Selbsthilfesfirmen*: Unter Kontrolle ansonsten arbeitsloser, von Skrupeln nicht behinderter Akademiker machen sogenannte *Langzeitkranke* einfache, niedere Arbeiten bei geringer Entlohnung (Lehmann 1986, S.367). Auch die Wiener Psychiater mit ihrem Bestand an gemeindepsychiatrisch zwischen-gelagerten *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 Mo-

dells, beispielsweise in der *Tagesklinik Karl-Wrba-Hof* gemeinsam Kugelschreiber montieren, und zwar orangefarbene, wie in einem von dem Wiener Psychiater Rudas in der bundesdeutschen 'Zeit' lancierten Bericht extra vermerkt wird, offenbar um die eminent große Lebensfreude zu demonstrieren, die in dieser Institution vermittelt wird ("Guss" 1985). Stoltz weist Rudas an anderer Stelle auf einen Anstieg der Zahl der extramural, d.h. in den Wohngebieten der Menschen aktiven Psychiater hin: Gab es hier in Wien 1979 nur 150 Nervenärzte, 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 Psychiatrisierung der Gesellschaft verborgen ist, läßt sich daran ermessen, 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 Psychiatriebetroffenen in den sogenannten *Arbeits-Therapien* nachlesen will, dem/der sei die Lektüre des hervorragenden Artikels "Ob Anstalt oder Wissenschaft - Die Psychiatrie gehört abgeschafft" empfohlen; hier wird diese *Therapie*-Form, das derzeitige Steckenpferd des fortschrittlichen Psychiaters Dörner, einer kritischen Analyse unterzogen ("Anstalt" 1988). Ein anderer, als eminent fortschrittlich bekannter Psychiater, Erich Wulff, wie Dörner auch Elektroschock- und Zwangsbehandlungs-Befürworter, gilt vielen sich als alternativ, progressiv, links und gar revolutionär verstehenden psychiatrisch Tätigkeiten ebenfalls als Leitfigur und Vordenker, speziell in seinem Bemühen, Psychiatriekritische Tendenzen der neueren deutschen Antipsychiatrie-Bewegung im Keim zu ersticken (so etwa 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 Jubiläum ("Festschrift") zu Wulffens 60. Geburtstag finanziert wurde: den Firmen Deladande Arzneimittel GmbH., Hoffmann-La Roche, Knoll AG, Sandoz AG, und Ciba-Geigy ("Himbeersaft" 1988). Dem ist wohl nichts hinzuzufügen.

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. Darüber hinaus geht, wie Hamburger Erfahrungen gezeigt haben, ein mobiler psychiatrischer *Krisendienst* einher 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 (Glinicki 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 als unmoralisch ist das Vorgehen vieler Psychiater zu nennen, die auf die Kritik an der deutlich unzureichenden 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. Daß auf der anderen Seite in den psychiatrischen Fachzeitschriften Neuroleptika als adäquate Mittel der ersten Wahl bei psychischen Ausnahmezuständen (*Störungen*), als segs-

reiche Medikamente, als Erweiterung des Arzneimittelschatzes hochgelobt werden, stört offenbar niemanden. Aus eigener Beratungstätigkeit in einem Berliner (senatsgeforderten) Selbsthilfeprojekt, die auch die Beratung frustrierter psychiatrisch Tärtiger einschließt, kennt der Autor zur Genüge Fälle, in denen gutwillige psychiatrisch Tärtige zum Teil mit disziplinarischen Maßnahmen an ihren Versuchen gehindert wurden, auf einer menschlichen Ebene - d.h. mit Gesprächsangeboten - Kontakt zu den Behandelten aufzunehmen. Ein international derzeit hochbewertetes Projekt, *Soteria* (Bern), zeigt in deprimierender Weise, wie sehr Psychiater auch unter günstigsten äußerem 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 der (die ersten sechs Wochen) ohne Neuroleptika Behandelte zwar *in seinem psychopathologischen Zustand gebessert* ist, sich aber der dann einsetzenden, als rückfallverhütend ausgegebenen Neuroleptika-Langzeitbehandlung entziehen will (Ciompi u. Bernasconi 1986).

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 u. 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 Gefängnispärcher 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)

4. 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 von Finanzmittel von auf psychopharmakologischer und Elektroschock-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. Dies um so mehr, wo selbst die Gefahr einer zwangsweisen Leukotomie (Lobotomie) noch nicht gebannt ist; so wird derzeit in Amsterdam (Niederlande) eine spezielle Klein-Klinik für diese Form psychiatrischer Behandlung gebaut: für sogenannte *Therapie-resistente Schizophrene*. Gelten Men-

schenrechte als unteilbar, so sind sie auch - unter Sachwalterschafts-, Betreuungs-, Pflegschafts-, Vormundschafts- und anderen entmündigenden Gesetzen stehenden - Psychiatrie-Betroffenen ohne Einschränkung zu gewähren. Die Verbesserung der Rechtsstellung schließt ein, daß die Gültigkeit von Vorausverfügungen wie dem Patiententestament oder dem neu entwickelten Psychiatrischen Testament (Szasz u. 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 Untergetriebene rechtlich nicht mehr schlechter gestellt sein als Straftäter - gleichgültig auf welcher Rechtsgrundlage die Unterbringung erfolgte. Entsprechend der strafrechtlichen Unschuldsvermutung könnte eine *Gesundheitsvermutung* einen Beitrag zur Einführung bzw. Festigung eines Rechtsschutzes für psychiatrisch Untergetriebene 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), so sollte diese einschränkende Haltung zur Zwangsbehandlung bei Gesetzesreformen nicht unberücksichtigt bleiben.

Der ärztliche Behandlungsgrundsatz: *Nil noscere! (Nicht schaden!)* muß wieder Gültigkeit erlangen. Neuroleptika- und Elektroschock-Schäden dürfen nicht weiterhin vertuscht, sondern müssen in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt werden. 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 Experten 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 Behandler 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 (s.a. 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 die-

selbe unzureichende, ja schädliche psychopharmakologisch-biologisch orientierte Psychiatrie bedeuten steigenden Finanzbedarf, vermehrte körperliche und soziale Folgeschäden. Höhere Finanzmittel für diese Psychiatrie bedeuten auch Vorenthalten 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 freikommenden AnstaltsinsassInnen befriedigende Lebensverhältnisse (Wohnraum ohne therapeutischen Zwang, Arbeitsmöglichkeiten in selbstverwalteten Kooperativen, Starthilfe und *Wiedergutmachung* 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 vertrauenvoll 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, störender 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" (1979) einen lesenswerten Bericht vorgelegt. 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 Experten; 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 PsychologInnen einen Beitrag zur Emanzipation von Psychiatrie-Betroffenen leisten können, ist nicht auszuschließen - sofern sie den Weg von der "emotionalen Tyrannie" - so der ehemalige Psychoanalytiker Jeffrey M. Masson (1988) - zu einer gleichberechtigten, an den Interessen der Betroffenen orientierten Arbeit finden. Wie sich die Irren-Offensive eine solche Zusammenarbeit vorstellt, hat sie 1983 auf dem Gesundheitstag in Hamburg ausgeführt: Profis müssen vom *hohen Ross* ihres (eingebildeten) Experten-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 jahrhundertealte 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). Von österreichischen PsychologInnen, für die Menschenrechte nicht bloße Worthülsen sind, erhoffe ich mir nicht nur, daß sie die, sich im deutschsprachigen Raum abzeichnenden, stärkeren Ansätze zur Selbstorganisierung der Psychiatrie-Überlebenden (Lerch 1989) wohlwollend betrachten, sondern auch, daß sie nicht länger sprach- und tatenlos zusehen, wie sich das *Wiener Modell* totaler Psychiatrie seuchenartig ausbreitet.

LITERATUR

- Ob Anstalt oder Wissenschaft - Die Psychiatrie gehört abgeschafft, in: Wildcat (BRD), Nr. 20 (März 1988), S. 25 - 34
Benedetti, G.: Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychosen, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 17
Breggin, P. R.: Elektroschock ist keine Therapie, München / Wien / Baltimore 1980 (seit 1988 im Antipsychiatrieverlag Berlin)
- Psychiatric Drugs. Hazards to the Brain, New York 1984
Bruckmann, L.: Der Weg ins Leben, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 38

- Chamberlin, J.: On Our Own. Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System, New York 1979
- Cierpka, T.: Ich beginne, vor meiner Ver-rücktheit keine Angst mehr zu haben, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 39
- Ciompi, L., Bernasconi, R.: 'Soteria Bern'. Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieutherapie für akute Schizophrene, in: Psychiatrische Praxis, 13. Jg. (1986), S. 172 - 176
- Crone, I., Hüssmann, B., Mönnich, I., Weber, A.: 'Ausbrüche'. Dokumentation der studentischen Veranstaltungsreihe 'Psychopharmaka' (Bremer Beiträge zur Psychologie, Nr. 69, Heft 1/1988), Universität Bremen 1988
- Dörner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich - oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie, völlig neubearbeitete Ausgabe, Rehburg-Loccum 1984
- 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, C.: 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, K., Ernst, C.: Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei, in: Nervenarzt, 57. Jg. (1986), Nr. 9, S. 494 - 501
- Gliniecki, A.: 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
- Hill, D.: The Politics of Schizophrenia. Psychiatric Oppression in the United States, New York 1983
- The Problem with the Major Tranquillizers, in: Open Mind (England), 1985, Nr. 13, S. 14; deutsche Übersetzung in: Irren-Offensive (BRD), Heft 4 (1989; 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, P.: Der chemische Knebel - Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Mit über 150 Abbildungen und wertvollen Tips zum Absetzen, Berlin 1986
- Warum die Augen vor den Neuroleptika-Schäden verschließen?, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988a, Nr. 3, S. 20 - 21
 - Psychopharmaka: Dauermedikation oder befristeter Einsatz, Referat, gehalten auf dem Symposium '10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik' in Bern (8. bis 10.9. 1988), 1988b
 - Machtpoker der Psychiater um das Recht auf Akteneinsicht, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988c, Nr. 4, S. 14 - 15
 - Hill, D.: Neue Seuche: Tardive Dyskinesie. Am Wendepunkt der psychiatrischen Psychopharmakologie?, in: Dr.med.Mabuse (BRD), 14. Jg. (1989), Nr. 58, S. 18 - 21
 - Stöckle, T., Heselhaus, A., Bruckmann, L., Hasper, F.: Grüne, Psychiatrie und Antipsychiatrie. Ein grünes Armutzeugnis, in: Irren-Offensive (BRD), Heft 3 (1987), S. 11 - 15
- Lerch, F.: Die Schweiz braucht eine Irren-Offensive. In Zürich versuchen sich Psychiatrie-Überlebende zu organisieren, in: Wochenzzeitung (Schweiz), 8. Jg. (1989), Nr. 3, S. 4 - 5
- Martensson, L.: Sollen Neuroleptika verboten werden?, in: Irren-Offensive (BRD), Heft 3 (1987), S. 31 - 43
- Masson, J. M.: Against Therapy. Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing, New York 1988
- Mazenauer, B.: Psychischkrank und ausgeliefert? Die Rechte des psychiatrischen Patienten im Vergleich zum Somatischkranken, Dissertation Bern 1985, 2. Aufl., Genf 1986
- Kontrolle über die 'Psychiatrie' einer öffentlichen psychiatrischen Klinik, in: Aspects du droit medical (3e cycle de droit 1986), Hrsg.: P. Tercier, Editions Universitaires Freiburg (Schweiz) 1987, S. 207 - 225
- Mc Neil Pharmaceutical, Inc.: For the Schizophrenic Patient ... Haldol Decanoate, Werbeanzeige der Herstellerfirma, 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 (1989; in Vorbereitung)
- Perry, J. 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, R.: 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
- Rudas, S.: 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, M.: Irrsinn Psychiatrie. Psychiatrisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichen den Verhaltens - ein Irrweg, Bern / Bonn 1988a
- Stille Kliniken durch chemische Knebel, in: Wochenzzeitung (Schweiz), 7. Jg. (1988b), Nr. 41, S. 4 - 5
- Sarbin, T. R., Mancuso, J. C.: Schizophrenie - Medizinische Diagnose oder moralisches Urteil?, München / Wien / Baltimore 1982
- Scull, A. T.: Die Anstalten öffnen?, Frankfurt am Main 1980
- Stöckle, T.: Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatriekranken, Frankfurt am Main 1983a
- Das Ver-rücktenhaus - ein Traum II, in: Irren-Offensive (BRD), Heft 2 (1983b), S. 31 - 32
 - Lehmann P.: 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, H.: 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, T. S., Aussage in: Interview mit Thomas S. Szasz, in: Naturheilpraxis (BRD), 33. Jg. (1980), Nr. 12, S. 1434 - 1438
- Schizophrenie - Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1982
 - Das Psychiatrische Testament, mit einer Gebrauchsanweisung von Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven, Berlin 1987
- Valdesalici, B.: 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
- Walther-Büel, H.: Das neuroplegische 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 28.8. bis 3.9.1977, in: Nervenarzt, 49. Jg. (1978), Nr. 2, S. 129 - 130
- Wiener Psychiatriegericht 1987/88, unveröffentlichtes Manuskript, Redaktion S. Rudas (Hrsg.): Kuratorium für psychosoziale Dienste, 1013 Wien, Gonzagagasse 15, Wien 1988
- Wulff, E.: 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

Bestellwege

- a) 'Banal': Bestellung durch Vorabüberweisung von 7 Schweizer Franken (sFr 5 & sFr 2 Versandkosten) auf das Konto des Redaktionskollektivs banal, Verein schwarzer Thumor, PC 80-38109-6 in Zürich; für Eingeschlossene gratis
- b) Breggin, "Elektroschock ist keine Therapie": Bestellung durch Vorabüberweisung von DM 20,- auf das Konto des Peter Lehmann Antipsychiatrieverlags Berlin, Nr. 8929-104 beim Postgiroamt Berlin.
- c) 'Die Irren-Offensive': Bestellung über Buchhandel oder durch Vorabüberweisung von DM 3,80 auf das Konto der Irren-Offensive e.V. Berlin, Nr. 457065-103 beim Postgiroamt Berlin.
- d) Lehmann, "Der chemische Knebel": Bestellung über Buchhandel oder durch Vorabüberweisung von DM 29,80 auf das unter b) genannte Konto.

- e) 'Pro Mente Sana Aktuell': Bestellung über Buchhandel oder bei: Pro Mente Sana, Freiestr. 26, CH 8570 Weinfelden / Schweiz; Preis: sFr 6,50 plus sFr 2,-- Versandkosten.
- f) Szasz, "Das Psychiatrische Testament": Bestellung über Buchhandel oder durch Vorabüberweisung von DM 5,80 auf das unter c) genannte Konto.
- g) 'Wildcat': Bestellung durch Vorabüberweisung von DM 3,30 auf das 'Sonderkonto Zeitung H. Dietrich', Konto-Nr. 31502-109 beim Postgiroamt Berlin.
- h) 'Die Wochenzeitung', Postfach, CH 8059 Zürich (Schweiz)