in: Soziale Psychiatrie, 25. Jg. (2001), Nr. 1, S. 10-14

Blinde Flecken in der sozialpsychiatrischen Wahrnehmung

»Blinde Flecken in der sozialpsychiatrischen Wahrnehmung« – unter diesem Titel hielt Peter Lehmann, seit 20 Jahren kritischer Wegbegleiter der DGSP, am 2. November 2000 zum ersten Mal einen Vortrag bei einem DGSP-Kongress. Seine Liste der Vorwürfe an die Sozialpsychiatrie ist lang: Blindheit und billigende Inkaufnahme verschiedener teilweise lebensbedrohlicher neurologischer, motorischer, vegetativer und psychischer Schäden, zudem unterlassene Hilfeleistung aufgrund fehlenden Bewusstseins über die Auswirkungen der gesetzten Behandlungsschäden. Der Vortrag wurde vom Autor für SP überarbeitet und gekürzt.

Von Peter Lehmann

Soziale Psychiatrie ist für mich die Summe der psychiatrischen Bestrebungen, über die rein biologische Psychiatrie hinaus in Theorie und Praxis soziale Aspekte in die so genannte psychiatrische Versorgung einzubeziehen bzw. das psychiatrische Behandlungsarsenal mit sozialtherapeutischen Methoden aufzustocken.

Es geht mir hier nicht um eine Begriffsdiskussion, sondern darum, was ich bei diesen Bestrebungen vermisse und was viele andere Psychiatriebetroffene ebenfalls vermissen. Ich gestehe: Ich lese nicht alle Publikationen des Psychiatrieverlags und anderer einschlägiger Medien. Gerne lasse ich mir blinde Flecken in der eigenen Wahrnehmung nachsagen, sollte ich in meinen folgenden Ausführungen nicht up to date sein.

Blinder Fleck 1: Tardive Dyskinesien bei traditionellen Neuroleptika

Klaus Dörner, Deutschlands führender Sozialpsychiater, sagte gemeinsam mit Ursula Plog in »Irren ist menschlich« über Neuroleptika: »Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.«[1] Die – mitnichten immer nur vorübergehende – Wirkung dieser Behandlung sehen Sie an Darstellungen tardiver Dyskinesien. Wie die Abbildungen belegen, sind solche Behandlungsergebnisse – eigentlich – kaum übersehbar. Weitere Darstellungen – auch nach Neuroleptikaverabreichung an Tiere – finden Sie in meinem Buch »Schöne neue Psychiatrie«.[2]

Über die Häufigkeit von tardiven Dyskinesien wurde schon viel gesagt. Gerade die sozialpsychiatrisch Tätigen aus Berlin werden die Studie von Wolfgang Kaiser und Kollegen über eine Stichprobe gemeindepsychiatrisch Behandelter und zum Teil in ›betreutem Einzelwohnen‹ oder ›therapeutischen Wohngemeinschaften‹ Lebender kennen, veröffentlicht 1991 im »Nervenarzt«, der im ambulanten Bereich eine Häufigkeit von 59 Prozent ermittelte. Dabei wurde bei dieser Studie noch nicht einmal die symptomkaschierende Wirkung der weiterverabreichten Neuroleptika in Betracht gezogen.[3]

Als Risikofaktoren gelten die Bedingungen, die eine Langzeitbehandlung besonders begünstigen: Depotneuroleptika und Compliance. Gemeindepsychiatrisch Tätige setzen dagegen schon seit Jahrzehnten auf eine optimale Compliance und auf eine pausenlose Verabreichung von Neuroleptika. Eine Aufklärung über die Risiken findet in aller Regel nicht statt, insbesondere nicht über Frühwarnzeichen, auch nicht über die Tatsache, dass sich tardive Dyskinesien bei Jung und Alt, dosisunabhängig und bei so genannten therapeutischen Dosierungen, bei nieder-, mittel- und hochpotenten Neuroleptika unabhängig von der Diagnose und – laut US-amerikanischen Herstellerfirmen – selbst nach relativ kurzen Behandlungsperioden in niedriger Dosierung irreversibel herausbilden können.[4]

- *Frage:* Ist die Sozialpsychiatrie blind ge-

Verabreichung eines beids

genüber der massiven Schädigung von Betroffenen, z.B. durch tardive Dyskinesien?

Blinder Fleck 2: Tardive Psychosen und vegetative Schäden bei atypischen Neuroleptika

Tardive Psychosen sind Psychosen, die im Laufe der Verabreichung von Neuroleptika, beim Absetzen oder danach auftreten – behandlungsbedingt. Diese Störungen, die als besonderes Risiko bei atypischen Neuroleptika gelten[5], gehen – wie auch tardive Dyskinesien – zurück auf behandlungsbedingte Veränderungen des Rezeptorensystems. Als Ursache vermutet man Veränderungen von Dopamin-D1- und -D4-Rezeptoren, speziellen Dopaminrezeptoren-Subtypen. Durch die herkömmlichen Neuroleptika werden speziell Dopamin-D2-Rezeptoren beeinträchtigt, was als mittel- und langfristiges Risiko eher eine tardive Dyskinesie bewirkt.

Mit dem Entstehungsverlauf neuroleptikabedingter Supersensitivitätspsychosen hatten sich der Pharmakologe Guy Chouinard und Kollegen der Uni-Anstalt Montreal befasst. Er zeigte, wie die Symptome erstmals auftreten bei der Dosisverringerung, nach einigen Wochen der Verabreichung, mit Begleiterscheinungen, speziell mit Prolaktinerhöhung und Sexualstörungen, Toleranz gegenüber dem Wirkstoff bildet sich, man erhöht die Dosis, ein Teufelskreis: Die Symptome treten dann auf, wenn man die Neuroleptika absetzt oder die Dosis verringert.

Die Psychose tritt nur auf, wenn man mindestens einige Wochen Neuroleptika verabreichte. Man trifft auf begleitende Zeichen einer gesteigerten Empfindlichkeit der Dopaminrezeptoren.

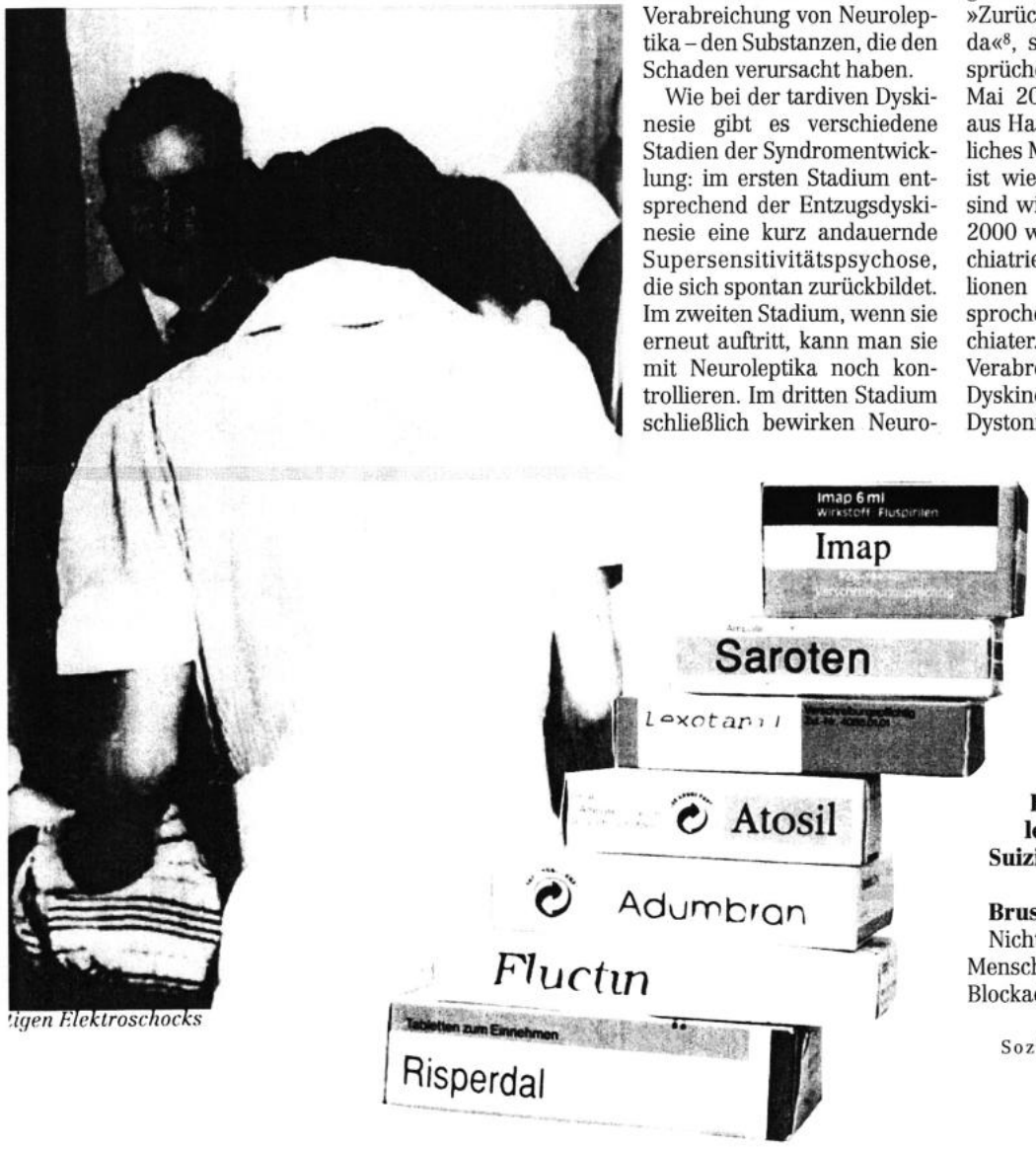
Das Syndrom geht einher mit hohen Spiegeln des Hormons Prolaktin, die Folge der nötigen verstärkten Blockade der Dopaminrezeptoren sind, um die aufgetretenen psychotischen Symptome zu kontrollieren. Hohe Prolaktinspiegel führen im Regelfall zu Sexualstörungen. Es tritt eine Toleranzentwicklung gegenüber der so genannten antipsychotischen Wirkung auf, d.h., die Dosis muss erhöht werden, um die ursprüngliche Wirkung aufrecht zu erhalten.

Wie bei der tardiven Dyskinesie lassen sich die Symptome am wirksamsten unterdrücken durch die weitere Verabreichung von Neuroleptika – den Substanzen, die den Schaden verursacht haben.

Wie bei der tardiven Dyskinesie gibt es verschiedene Stadien der Syndromentwicklung: im ersten Stadium entsprechend der Entzugsdyskinesie eine kurz andauernde Supersensitivitätspsychose, die sich spontan zurückbildet. Im zweiten Stadium, wenn sie erneut auftritt, kann man sie mit Neuroleptika noch kontrollieren. Im dritten Stadium schließlich bewirken Neuroleptika überhaupt nichts mehr, die entstandene Psychose ist irreversibel.[6]

Vegetative Risiken: Atypische Neuroleptika werden als nebenwirkungsarm angepriesen. Remoxiprid (Roxiam) war als modernes atypisches Neuroleptikum 1991 als »Rose ohne Dornen« angekündigt worden, d.h. als gut verträgliches Medikament ohne Nebenwirkungen. Drei Jahre später wurde es allerdings von der Herstellerfirma wieder vom Markt genommen: wegen einer Reihe von lebensgefährlichen Fällen aplastischer Anämie – Blutarmut mit Verminderung der roten und weißen Blutkörperchen, beruhend auf einem Defekt im blutbildenden System.[7] Ein anderes Beispiel ist Sertindol (Serdolect), das lange als nebenwirkungsarm galt. Im November 1998 fand sich im Internet in medizinischen Datenbanken noch der Begriff nebenwirkungsfrei. Am 2. Dezember 1998 meldete dann die »Ärzte Zeitung«: »Vertrieb von Serdolect(R) gestoppt – Anlass sind schwere kardiale Nebenwirkungen und Todesfälle«.

Risperidon (Risperdal) ist ein weiteres atypisches Neuroleptikum, das die Lebensqualität erhöhen und die Reintegration ins gesellschaftliche Leben erleichtern soll. »Zurück ins Leben«, »Anna ist wieder da«[8], so oder ähnlich lauten die Werbesprüche. In der »Medical Tribune« vom 26. Mai 2000 lobte Psychiater Dieter Naber aus Hamburg Risperidon als »gut verträgliches Medikament«.[9] Aber nicht nur Anna ist wieder da; auch tardive Dyskinesien sind wieder da. Just am gleichen 26. Mai 2000 wurde in Philadelphia/USA der Psychiatriebetroffenen Elizabeth Liss 6,7 Millionen US-Dollar Schmerzensgeld zugesprochen, zahlbar vom behandelnden Psychiater. Frau Liss war nach 14-monatiger Verabreichung von Risperidon an tardiver Dyskinesie erkrankt, Unterform tardive Dystonie in Form von Krämpfen der Gesichts- und Nackenmuskulatur.[10]



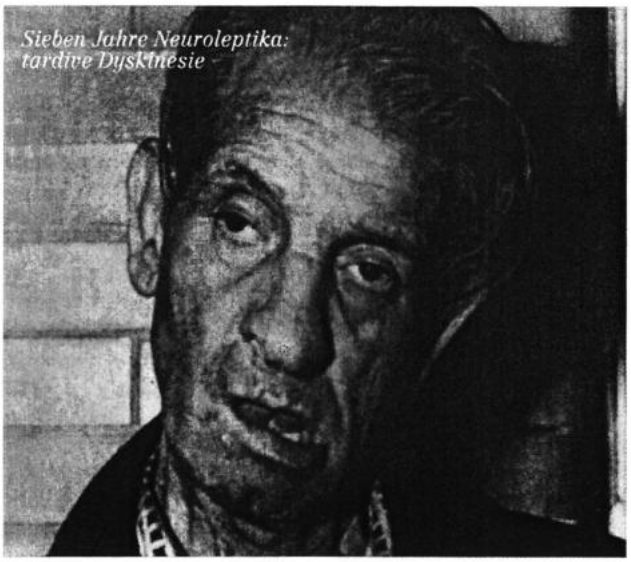
…igen Elektroschocks

- *Fragen:* Wo bleibt die Auseinandersetzung über das Thema behandlungsbedingte Chronifizierung von Psychosen und Risiken bei atypischen Neuroleptika? Wieso werden die Betroffenen nicht über diese Risiken und insbesondere über Frühwarnzeichen aufgeklärt? Ist die Sozialpsychiatrie blind gegenüber diesen Risiken?

Blinder Fleck 3: Spezielle Neuroleptikaschäden: Brustkrebs, Suizidalität, Abhängigkeit

Brustkrebs

Nicht nur bei Nagetieren, auch beim Menschen senkt die neuroleptikabedingte Blockade von Dopamin die natürliche,


Sieben Jahre Neuroleptika: tardive Dyskinesie

hemmende Wirkung auf die Absonderung des Hormons Prolaktin, so dass dessen Konzentration im Blut ansteigt. In den USA müssen seit 1978 Informationszettel zu Neuroleptika einen Warnhinweis enthalten, dass diese bei Nagetieren Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen hervorrufen können, wenn sie langzeitig in der Dosierung verabreicht werden, die in der psychiatrischen Dauerbehandlung üblich ist. Uriel Halbreich und Kollegen der Gynäkologischen Abteilung der State University of New York in Buffalo ließen Mammogramme von 275 weiblichen Psychiatriebetroffenen mit Mammogrammen von 275 Frauen, die älter als 40 Jahre waren und die zwischen 1988 und 1993 im Buffalo Psychiatric Center Insassinnen waren, mit Mammogrammen von 928 Patientinnen des Erie County Medical Center, einem Allgemeinkrankenhaus vergleichen. 1996 teilten sie im »American Journal of Psychiatry« ihre Ergebnisse mit: »Das Vorkommen von Brustkrebs, das durch Krankenberichte dokumentiert ist, war bei den psychiatrischen Patientinnen um mehr als das 3,5fache höher als bei den Patientinnen des Allgemeinkrankenhauses und 9,5mal höher, als man es von der Durchschnittsbevölkerung berichtet. Schlüsse: Falls bestätigt, könnte das befürchtete höhere Brustkrebsvorkommen unter den psychiatrischen Patientinnen den Medikamenten geschuldet sein ...«[11]

Suizidalität

Zum Thema neuroleptikabedingte Suizidalität gibt es in der psychiatrischen Literatur massenhaft Hinweise.[12] Hier ein paar Beispiele. Frank Ayd von der Psychiatrischen Abteilung des Franklin Square Hospital in Baltimore 1975: »Es besteht nun eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depotneuroleptikum auftreten können, ebenso wie sie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum vorkommen können.«[13]

Peter Müller von der Uni-Anstalt Göttingen warnte 1981: »Depressive Syndrome nach der Remission der Psychose und unter neuroleptischer Behandlung sind nicht selten, sondern treten etwa bei zwei Dritteln der Patienten auf, teilweise auch noch häufiger, besonders wenn parenteral Depot-Neuroleptika gegeben werden. Ohne neuroleptische Behandlung finden sich hingegen nach vollständiger Remission diese depressiven Verstimmungen nur ausnahmsweise«.[14]

1976 teilte Hans-Joachim Haase von der Psychiatrischen Anstalt Landeck mit, die Anzahl lebensgefährdender depressiver Erscheinungen nach Anstaltsbehandlung mit Psychopharmaka habe sich seit Einführung der Neuroleptika mindestens verzehnfacht. [15] Die Steigerung der Suizidrate sei »alarmierend und besorgniserregend«, so Bärbel Armbruster von der Uni-Anstalt Bonn 1986 im »Nervenarzt« – ohne allerdings die Betroffenen und ihre Angehörigen oder gar die Öffentlichkeit zu alarmieren.[16]

Über die Entwicklung in Finnland, Norwegen und Schweden informierte 1977 Rolf Hessö von der Uni-Anstalt Oslo; es scheine klar zu sein, »... dass der Anstieg sowohl der absoluten Suizidzahlen als auch der relativen im Jahre 1955 begann. Dies war das Jahr, in dem Neuroleptika in den skandinavischen psychiatrischen Krankenhäusern eingeführt wurden«.[17]

Suizidale Auswirkungen haben auch atypische Neuroleptika, wie der Bericht der Österreicherin Ursula Fröhlich in »Schöne neue Psychiatrie« zeigt: »Seit Beginn der Leponex-Einnahme habe ich keine Lust mehr auf Sex, keine Lust an der Bewegung und keine Freude am Leben. Ein Leben ohne Freude ist jedoch ärger als der Tod. Alles, was mir geblieben ist, ist das Fernsehen, wo ich seit sieben Jahren anderen zusehe wie sie leben. Ich bin zwar biologisch noch am Leben, doch meine Sinne sind schon längst tot, alles, was mir früher Freude gemacht hat, kann ich nicht mehr machen. Mein Leben existiert eigentlich gar nicht mehr, ich komme mir so leer und so unbedeutend vor. Am schlimmsten ist es am Morgen. Wenn ich in der Früh aufwache, bin ich wie zerschlagen und komme vor neun Uhr nie aus dem Bett, meine Depressionen sind so arg, dass ich jeden Tag an Selbstmord denke«.[18]

Psychiatern ging es bei ihren Selbstversuchen nicht wesentlich anders. 1954 und 1955 wiesen Hans Heimann und Peter Nikolaus Witt von der Uni-Anstalt Bern auf das unter Largactil (Chlorpromazin) ausgeprägte Gefühl der Minderwertig- und Leistungsunfähigkeit hin. Nach einer einmaligen Largactildosis findet sich dieser Bericht: »Ich fühlte mich regelrecht körperlich und seelisch krank. Auf einmal erschien mir meine ganze Situation hoffnungslos und schwierig. Vor allem war die Tatsache quälend, dass man überhaupt so elend und preisgegeben sein kann, so leer und überflüssig, weder von Wünschen noch anderem erfüllt« ... (Nach Abschluss der Beobachtung): »Riesengroß wuchsen vor mir die Aufgaben des Lebens auf: Nachtessen, in das andere Gebäude gehen, zurückkommen – und das alles zu Fuß. Damit erreichte der Zustand sein Maximum an unangenehmem Empfinden: Das Erlebnis eines ganz passiven Existierens bei klarer Kenntnis der sonstigen Möglichkeiten ...«[19]

Abhängigkeit

Die Psychiater Rudolf Degkwitz, ehemals Vorsitzender der DGPN, und Otto Luxenburger verglichen bereits 1967 die Entzugserscheinungen von Psycholeptika (Neuroleptika und Antidepressiva) mit denen von Alkaloiden, zu deren Wirkstoffgruppe z.B. Morphium gehört: »Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika führt, wie oben dargestellt, zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden. (...) Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungserscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich wird, die Neuroleptika wieder abzusetzen. Wie groß dieser Teil der chronisch behandelten Fälle ist, ist ebenfalls nicht bekannt«.[20]

Frank Tornatore von der University of Southern School of Pharmacy, Los Angeles, und Kollegen legten nahe, die oben erwähnten Supersensitivitätspsychosen als Ergebnis von Toleranzbildung zu verstehen: »Unter der Langzeittherapie mit Neuroleptika wurden Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet. Die betroffenen Patienten sprachen typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zunächst gut an; Rezidive machten jeweils Dosissteigerungen erforderlich, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar war.

Es würde sich also um eine Toleranzentwicklung gegenüber der antipsychotischen Wirkung handeln«.[21]

• *Fragen:* Wo bleibt die Auseinandersetzung über diese Themen Brustkrebsrisiko, Suizidalität, Abhängigkeit? Wieso werden die Betroffenen (und vielleicht auch das Personal und die Angehörigen) nicht über diese Risiken aufgeklärt? Ist die Sozialpsychiatrie blind gegenüber diesen Risiken? Wieso hört man als Entgegnung auf den Bericht über suizidale Wirkungen der Neuroleptika nur immer die zynische Plattitude, es gäbe auch noch andere Gründe, sich das Leben zu nehmen? Wird die DGSP die Forderung des BPE an das BMG nach Einführung eines speziellen Suizidregisters unterstützen, unter besonderer Berücksichtigung von beteiligten Psychopharmaka/Elektroschocks, von vorangegangener Fixierung und von anderen Formen vorangegangener psychiatrischer Zwangsmaßnahmen, um geeignete Formen der Suizidprophylaxe zu entwickeln?

Blinder Fleck 4: Behandlungsbedingte Schäden allgemein kein Thema

In der Sozialpsychiatrie ist die Auseinandersetzung mit Neuroleptikarisiken und -schäden eher die Ausnahme. 1989 hatte der Bremer Verband der DGSP ein Neuroleptika-Tribunal mit kritischen Fachleuten geplant (Thomas Szasz, Peter Breggin, Lars Martensson, Josef Zehentbauer, Marc Rufer, Peter Lehmann). Leider wurde das DGSP-Tribunal vom damaligen Vorstand unter Klaus Dörner abgeblockt. Über die nächsten Jahre, so das von Klaus Dörner verfasste Protokoll, solle bei Jahrestagungen immer wieder der Kontext der Neuroleptika eingebracht werden.[22] Bitte klären Sie mich auf, wer außer mir und den beiden ebenfalls außerhalb der Sozialpsychiatrie stehenden Ärzte Marc Rufer und Josef Zehentbauer, mit denen ich in den letzten Jahren bei DGSP-Kongressen Arbeitsgruppen durchführte, den Aspekt der Neuroleptikarisiken eingebracht hat.

Wie lebenswichtig – für die Betroffenen – eine Reflexion behandlungsbedingter Schäden wäre, zeigt sich immer wieder an deren authentischen Berichten. Als Beispiel möchte ich die Behandlung Kerstin Kempkers erwähnen, die ihr in der Uni-Anstalt Mainz durch Hendrik Uwe Peters widerfuhr, nachzulesen in ihrem Buch »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«.[23] 40 Insulinkoma-Schockbehandlungen, Elektroschocks, Psychopharmaka en masse ... Die Autorin zeigt in schonungsloser Offenheit, dass die biologische Psychiatrie ihr Arsenal, Neuroleptika, Insulin- und Elektroschock hemmungslos einsetzt, wann immer sie dazu die Gelegenheit hat. Und diese Behandlung machte aus der seinerzeit 17-Jährigen ein »aufgedunsenes, hässliches, pickelbedecktes Monster, das sich nur langsam bewegt, dem der Speichel aus dem Mund läuft und dessen Finger zu unbeweglichen Würsten mutiert sind«.[24]

Parallel zu dieser iatrogenen körperlichen Veränderung wurde binnen weniger Wochen aus der ursprünglichen Diagnose »krisenhafte Pubertätsentwicklung« eine »endogene Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis«. Durch die schulpsychiatrische Behandlung zur Kranken gemacht, versuchte Kerstin Kempker die an die Erstbehandlung anschließenden drei Jahre in verschiedenen Anstalten als nunmehr ›Schizophrene‹, ihrem Behandlungstrauma ein Ende zu setzen, in dem sie aus allen möglichen Fenstern sprang, sich vor Züge warf und Gifte und Chemikalien aller Art schluckte. Ein Bewusstsein über die potenzielle Schädlichkeit psychiatrischer Vorbehandlung hätte vielleicht einen Hauch von Unterstützung bewirkt, z.B. in der Sozialpsychiatrischen Anstalt von Häcklingen seitens Niels Pörksen, bei dem Kerstin Kempker gegen Ende ihrer Odyssee angelangt war.[25] So wirkt das Buch als Schulbeispiel der Verweigerung fachlicher Hilfe in der biologischen, der daseinsanalytischen sowie der ›sozialen‹ Psychiatrie infolge vorsätzlichen oder fahrlässigen – was auch nicht besser ist – Wegsehens von den ›Kunst-Fehlern‹ der eigenen Kollegenschaft.

• *Frage:* Wie kann man jemandem helfen wollen, wenn man die Augen selbst vor massiven Schäden verschließt, die in der Psychiatrie gesetzt werden?

Blinder Fleck 5: Rechtsverletzung in Heimen

Verstöße gegen das Gesetz zur Regelung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind in sozialpsychiatrischen Einrichtungen gang und gäbe, jedenfalls nach meinem Rechtsverständnis. Richter sehen dies ähnlich, siehe das Urteil des Landgerichts Berlin (Az: 26 O 133/96). Ein konkretes Beispiel liefert der Verein für Sozialpsychiatrie Saarlouis. Er hat einen Konsiliarpsychiater, mit dessen »fachmedizinischer Betreuung und Beratung« die einzelnen Betroffenen sich einverstanden erklären müssen. »Sollte sich der Rehabilitand einen anderen Arzt wählen, erklärt er sich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt insoweit von der Schweigepflicht entbunden wird, dass der Konsiliararzt des Vereins für Sozialpsychiatrie gem. e.V. über seinen aktuellen Gesundheitszustand und den daraus ergebenden Konsequenzen informiert wird, damit eine kontinuierliche Abstimmung für die Einrichtung gewährleistet bleibt. (...) Der/Die Bewohner/-in gibt sein/ihr Einverständnis, dass der Einrichtungsträger Rehabilitationsverlauf- und Abschlussberichte an Fachdienste und Institutionen weitergibt, die ihm für die Förderung des/der Betroffenen notwendig erachten lassen. Der/Die Bewohner/-in entbindet des Weiteren den Träger der Einrichtung von der Schweigepflicht gegenüber wiederum Fachdiensten, Institutionen, aber auch Personen, von denen es fachlich zum Wohle des/der Betroffenen angezeigt ist, sie am Rehabilitationsgeschehen zu beteiligen«.[26]

Nach meinem Rechtsverständnis beinhaltet auch dieser Heimvertrag die Nötigung zur Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Hinz und Kunz. Darüber hinaus wird noch die vorauseilende Zustimmung zur Anstaltsunterbringung verlangt – ohne gerichtliche Entscheidung, einzig aufgrund des Psychiaterurteils: »Der/die Bewohner/-in ist damit einverstanden, dass er/sie auf ärztliche Anordnung bei schwerer oder länger dauernder Krankheit in ein Krankenhaus eingewiesen wird«.[27]

• *Fragen:* Warum ist die Sozialpsychiatrie so blind gegenüber diesen Rechtsverletzungen? Oder besteht gar ein spezielles Interesse, diese aufrechtzuerhalten? Wer schickt – offen oder anonym – Heimverträge an den Vorstand des BPE, z.Hd. Klaus Laupichler, Am Alten Sportplatz 10, 89542 Herbrechtingen, um sie von Verbraucherschutzvereinen prüfen und die Trägereinrichtungen gegebenenfalls abmahnen zu lassen?

Blinder Fleck 6: Unersättlichkeit der sozialpsychiatrischen Zuständigkeit

Diese Passage meines Vortrags muss ich an dieser Stelle aus Platzgründen streichen. Der gesamte Artikel steht im Internet unter: http://www.antipsychiatrie.berlinet.de/artikel/flecken.htm

Abschließend erinnere ich an Franco Basaglia und Franca Basaglia-Ongaro und ihren Aufsatz in dem Buch »Befriedungsverbrechen«: »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«.[28]

Wen er wohl gemeint haben könnte?

Bevor mir jetzt jemand den Spruch Basaglias entgegenhält, richtig angewandt seien Neuroleptika ein Schritt zur Befreiung, schließe ich mit der Bemerkung, dass das Urteil darüber, was richtig und was falsch ist, einzig denen zusteht, die diese Substanzen einnehmen bzw. eingenommen haben, bzw. denjenigen, denen sie mit Gewalt verpasst wurden. Alles andere wäre ein weiterer Verstoß gegen das Menschenrecht der Betroffenen auf Selbstbestimmung. Wer mir vorhält, ich hätte nichts zu den von Psychopharmaka unabhängigen psychischen Leiden von Psychiatriebetroffenen gesagt, dem muss ich antworten, dass dies nicht das Thema war, das ich mir gestellt habe. Ich habe auch nichts zu den Gefahren einer Formaldehydvergiftung gesagt, auch nichts zum Waldsterben. Ich hoffe, ich habe dazu beigetragen, Sie für die nicht immer optimale Beachtung unserer Grundrechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Menschenwürde zu sensibilisieren. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

P.S. Was würde ein ›Sehen‹ bedeuten? Ein öffentliches Ins-Zentrum-Rücken der für Betroffene teilweise lebensbedrohlichen Gefahren psychiatrischer Behandlung sowie die Aufklärung über die Behandlungsrisiken in den eigenen Einrichtungen; eine offensive Kritik an Kollegen/-innen, die Betroffene gefährden und schädigen, zudem Anstöße zur zivil- und strafrechtlichen Verfolgung gesetzeswidriger Tatbestände; die offensive Forderung nach wirksamer Finanzmittelumschichtung zu Gunsten von Selbsthilfe- und Beratungsstellen von Psychiatriebetroffenen für Psychiatriebetroffene sowie zu Gunsten nichtpsychiatrischer, d.h, nicht auf die Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka gegründeten Alternativen.

Sagen Sie Ihre Meinung auf der neuen Diskussionsseite der Website www.bpe-online.de des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener. ◆

Peter Lehmann lebt in Berlin und ist Verleger, Fachbuchautor, Mitglied im Vorstand des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. Adresse: Zabel-Krüger-Damm 183, 13469 Berlin Tel./Fax: 030/85963706, E-Mail: p.lehmann@berlin-net.de, www.peter-lehmann.de

Anmerkungen:

1 Dörner, K./Plog, U.: »Irren ist menschlich«. 7. Aufl., Bonn 1992, S. 545

2 Lehmann, P.: »Schöne neue Psychiatrie«. Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin, 1996

3 Kaiser, W. u.a.: »Schizophrene Patienten in ambulanter Behandlung eines psychiatrischen Krankenhauses und in Praxen niedergelassener Nervenärzte«, in: Nervenarzt. 62. Jg. (1991), Nr. 3, S. 158-164

4 s. (2), S. 208–276

5 s. Lehmann, P.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Stroum auf Geist und Psyche wirken«. Berlin 1996, S. 102-104

6 Chouinard, G./Jones, B. D.: »Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis«, in: American Journal of Psychiatry. 137. Jg. (1980), Nr. 1, S. 16–21

7 s. (2), S. 133

8 Janssen-Cilag/Organon: Werbeanzeige, in: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 65. Jg. (1997), Nr. 4, S. A1–A2

9 Naber, D.: »Schizophrene in Deutschland – Per Rezeptblock ausgegrenzt?«, in: Medical Tribune. 35. Jg. (2000), Nr. 21

10 http://www.breggin.com/6_7million.html

11 Halbreich, U./Shen, J./Panaro, V.: »Are chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer?«, in: American Journal of Psychiatry. 153. Jg. (1996), Nr. 4, S. 559

12 s. (5), S. 57-87 u. 110-115

13 Ayd, F. J.: »The depot fluphenazines«, in: American Journal of Psychiatry. 132. Jg. (1975), Nr. 5, S. 497

14 Müller, P.: »Depressive Syndrome im Verlauf schizophrener Psychosen«, Stuttgart 1981, S. 72

15 Haase, H.-J.: »Pharmakotherapie bei Schizophrenien«, in: ders. (Hg.): »Die Behandlung der Psychosen des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises«. Stuttgart/New York 1976, S. 93–120

16 Armbruster, B.: »Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung«, in: Nervenarzt. 57. Jg. (1986), Nr. 9, S. 511-516

17 Hessö, R.: »Suicide in Norwegian, Finnish, and Swedish hospitals«, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 224 (1977), S. 119–127

18 zit. n. (1), S. 70 f.

19 zit. n. Heimann, H./Witt, P. N.: »Die Wirkung einer einmaligen Largactilgabe bei Gesunden«, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Band 129 (1955), Nr. 1-3, S. 104 -123

20 Degkwitz, R./Luxenburger, O.: »Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neuroleptici«, in: Nervenarzt. 36. Jg. (1965), Nr. 4, S. 175

21 Tornatore, F. L. u.a.: »Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka«. Stuttgart/New York 1991, S. 53

22 DGSP: Protokoll der Sitzung des erweiteren Vorstands vom 24.11.1989, S. 2

23 Kempker, K.: »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«. Berlin 2000, S. 36–61

24 ebd., S. 55

25 ebd., S. 111-130

26 Verein für Sozialpsychiatrie e.V., Saarlouis, Heimvertrag, ca. 1993

27 ebd.

28 Basaglia, F./Basaglia-Ongaro, F.: »Befriedungsverbrechen«, in: Basaglia F. u.a.: »Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit von Intellektuellen«. Frankfurt/M. 1980, S. 22

Berichtigung

Unter dem Leserbrief von Peter Lehmann auf Seite 65 in SP 4/2000 ist eine fehlerhafte Internet-Adresse angegeben. Die richtige heißt: http://www.weglaufhaus.berlin.de/trialog.htm