

**Peter Lehmann (Hg.), Peter Stastny (Hg.)**

# **Statt Psychiatrie 2**

**Das große Buch der Alternativen zur Psychiatrie in aller Welt**

**(Neuausgabe)**

**Vorwort von Robert Whitaker**

**Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag**

**Peter Lehmann (Hg.), Peter Stastny (Hg.)**

# **Statt Psychiatrie 2**

## **Das große Buch der Alternativen zur Psychiatrie in aller Welt**

(Neuausgabe)

Vorwort von Robert Whitaker

Mit Beiträgen von Volkmar Aderhold, Laurie Ahern, Birgitta Alakare (†), Karyn Baker, Ulrich Bartmann, Agnes Beier, Regina Bellion, Wilma Boevink, Pat Bracken, Stefan Bräunling, Ludger Bruckmann (†), Giuseppe Bucalo, Dorothea S. Buck-Zerchin (†), Sarah Carr, Tina Coldham, Bhargavi Davar, Anne Marie DiGiacomo, Constance Dollwet (†), Jeanne Dumont, Merinda Epstein, Sandra Escher, James B. Gottstein, Chris Hansen, Geoff Hardy, Petra Hartmann, Alfred Hausotter, Michael Herrick, Guy Holmes, Andrew Hughes, Theodor Itten, Maths Jesperson, Kristine Jones, Hannelore Klafki (†), Miriam Krücke, Peter Lehmann, Bruce E. Levine, Harold A. Maio, Rufus May, Shery Mead, Kate Millett (†), Maryse Mitchell-Brody, David W. Oaks, Peter Rippmann (†), Marius Romme, Marc Rufer, Gisela Sartori,

Erich Schützendorf, Jaakko Seikkula, Andy Smith, Zoran Solomun, Peter Stastny, Chris Stevenson, Dan Taylor, Philip Thomas, Jan Wallcraft (†), David Webb, Uta Wehde, Scott Welsch, Salma Yasmeen, Laura Ziegler und Ursula Zingler (†)

Übersetzungen von Jonas-Philipp Dallmann, Edgar Hagen, Pia Kempker, Rainer Kolenda, Branislav Popadic, Ulrike Stamp und Peter Stastny

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag

»Statt Psychiatrie 2« erschien 2007 original als gedrucktes Buch in deutscher und englischer Sprache, 2012 in griechischer Übersetzung, 2019 in Marathi. Die erste E-Book-Ausgabe erschien 2013 in deutscher und englischer Sprache. Informationen zu allen Ausgaben finden Sie im Internet unter [www.peter-lehmann-publishing.com/alternatives](http://www.peter-lehmann-publishing.com/alternatives).

Die Erklärungen in kursiven Klammern stammen von den Herausgebern.

Der Verleger, die Herausgeber, Autorinnen und Autoren sind nicht verantwortlich für die Gültig- und Korrektheit von Postadressen sowie externen Websites, die in diesem Buch genannt werden. Sie können auch keine Garantie dafür übernehmen, dass deren Inhalte korrekt sind und bleiben.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Gebrauchs- und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

© 2022 Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten.

Die Rechte für die einzelnen namentlich gezeichneten Originalbeiträge liegen bei den Autorinnen und Autoren. Kein Teil dieser Publikation darf ohne schriftliche Zustimmung der Rechteinhaber und -inhaberinnen in irgendeiner Form oder mit irgendwelchen Mitteln, elektronisch oder mechanisch, vervielfältigt oder übertragen werden.

Covergestaltung: Reinhard Wojke (†)

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin & Lancaster  
2022

[www.antipsychiatrieverlag.de](http://www.antipsychiatrieverlag.de) · [www.peter-lehmann-publishing.com](http://www.peter-lehmann-publishing.com)

**Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-98510-483-3 (eBook) · ISBN 978-3-925931-38-3 (Printausgabe)

# Inhalt

Vorwort

Einführung

## **Weshalb uns die Psychiatrie nicht glücklich macht**

Einleitung

Dorothea S. Buck-Zerchin: Siebzig Jahre Zwang in  
deutschen Psychiatrien – Erlebt und miterlebt

Kate Millett: Psychische Krankheit – ein Phantom

Uta Wehde: Antipsychiatrische Angehörigenarbeit –  
Von der unbändigen Wut zum anhaltenden  
Engagement für Alternativprojekte

## **Konkrete Alternativen**

### **A. Individuelle Strategien ohne und mit professioneller Hilfe**

Peter Lehmann / Peter Stastny: Was hilft mir, wenn  
ich verrückt werde?

Regina Bellion: Wie wir das Soteria-Prinzip  
entdeckten

Bhargavi Davar: Depressionen und die Anwendung  
natürlicher Heilmethoden

Ulrich Bartmann: Laufend aus der Krise

Miriam Krücke: Vorausverfügungen – ein Schritt zur  
Selbsthilfe

### **B. Organisierte Selbsthilfe**

Wilma Boevink: Überleben, Lebenskunst und Wissen  
zum Weitergeben – Recovery, Empowerment und  
Erfahrungswissen

Rufus May: Zur Wiederaneignung verrückter  
Erfahrungen – Gruppen für Menschen mit  
außergewöhnlichen Überzeugungen

Hannelore Klafki: Die Stimmen begleiten mein Leben  
Marius Romme / Sandra Escher: Intervoice –  
Stimmenhören akzeptieren und verstehen  
Maryse Mitchell-Brody: Das Ikarus-Projekt –  
Gefährliche Begabungen, schillernde Visionen und  
eine Gemeinschaft von Verrückten

## **C. Modelle professioneller Unterstützung**

Volkmar Aderhold / Peter Stastny / Peter Lehmann:  
Soteria – Eine alternative psychosoziale  
Reformbewegung  
Maths Jesperson: Hotel Magnus Stenbock – Ein  
nutzerkontrolliertes Haus in Helsingborg /  
Schweden  
Michael Herrick / Anne Marie DiGiacomo / Scott  
Welsch: Windhorse  
Jeanne Dumont / Kristine Jones: Die Krisenherberge –  
Ergebnisse einer betroffenendefinierten  
Alternative zur stationären Psychiatrie  
Petra Hartmann / Stefan Bräunling: Gemeinsam(e)  
Stärke finden – Das Berliner Weglaufhaus  
Gisela Sartori: Second Opinion Society – Verein für  
alternative Sichtweisen. Ohne Psychiatrie im  
Yukon  
Shery Mead: Von Trauma-Erfahrenen geleitete  
Krisenzentren  
Giuseppe Bucalo: La Cura – Der sizilianische Weg zur  
Antipsychiatrie  
Jaakko Seikkula / Birgitta Alakare: Offene Dialoge  
Theodor Itten: Psychotherapie statt Psychiatrie?  
Keine Qual der Wahl

## **Allgemeine und spezielle AdressatInnen der Alternativen**

Einleitung  
Karyn Baker: Psychiatriebetroffene Familien – Hilfen  
oder Hindernisse beim Recovery-Prozess?

Philip Thomas / Salma Yasmeen: Wahlmöglichkeiten und Vielfalt – Entwicklung von Alternativen für Menschen aus nicht-westlichen (und westlichen) Kulturen

Bruce E. Levine: Gestörte Kinder und Teenager – Sinnvolle Lösungen ohne Psychopharmaka und sonstige Manipulationen

Erich Schützendorf: Wenn die Wurst zum Brillentuch wird – Menschen mit Demenz respektieren und begleiten

Guy Holmes / Geoff Hardy: Die Schande, kein »richtiger Mann« zu sein – Erfahrungen schwuler, hetero- und bisexueller Männer

## **Strategien zur Durchsetzung von Alternativen und menschlicher Behandlung**

Einleitung

Maths Jesperson: Der Personenbezogene Ombudsmann in Skåne – Eine nutzerkontrollierte Dienstleistung mit persönlichen Agenten

Peter Rippmann: PSYCHEX – Ein schweizerisches Experiment

James B. Gottstein: Geld, Rechte und Alternativen – Einforderung gesetzlicher Rechte als Mittel zur Verbreitung von nichtmedizinischen Alternativen

Laura Ziegler: Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – »Die Rechte eines Flohs«

David W. Oaks: MindFreedom International – Engagement für Menschenrechte als Grundlage einer gewaltfreien Revolution im psychosozialen System

Dan Taylor: MindFreedom Ghana – Unser Kampf um humane Lebensbedingungen für Psychiatriebetroffene

Jan Wallcraft: Betroffenenkontrollierte Forschung zur Untermauerung alternativer Ansätze – Die Rolle von Forschung im psychosozialen System

Andrew Hughes: Schulung von  
Psychiatriebetroffenen

Laurie Ahern / Peter Stastny / Chris Stevenson:  
INTAR - Das internationale Netzwerk für  
Alternativen und Recovery

Peter Lehmann / Maths Jesperson: Psychiatrie,  
Käfighaltung und Internet Selbsthilfe

## **Weshalb wir Alternativen brauchen**

Einleitung

Marc Rufer: Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre  
Therapien, ihre Macht

Pat Bracken: Jenseits von Modellen und Paradigmen –  
Eine radikale Interpretation von Recovery

Peter Lehmann / Peter Stastny: Reformen oder  
Alternativen? Eine bessere Psychiatrie oder besser  
Alternativen?

## **Anhang**

Über die Autorinnen und Autoren

# Vorwort

Die erste Frage, die ein Buch mit dem Titel »Statt Psychiatrie« aufwirft, lautet: Wozu brauchen wir eigentlich Alternativen? Was ist falsch an der Behandlung, welche die Mainstream-Psychiatrie anbietet? Da es auf diese Frage zahlreiche Antworten gibt, wollen wir zunächst einen Blick auf eine Statistik werfen, nämlich den Anstieg jener Zahl von Menschen, die in den letzten fünfzig Jahren als psychisch krank und behindert gelten.

Das derzeitige medikamentenbasierte Paradigma psychiatrischer Behandlung geht auf das Jahr 1954 zurück, als Chlorpromazin<sup>1</sup> als erstes antipsychotisches Medikament eingeführt wurde. Damit, so möchte uns die Psychiatrie glauben lassen, machte die Gesellschaft einen großen Sprung nach vorn bei der Behandlung »psychisch Kranker«. Wie man hört, sollen psychiatrische Forscher bedeutende Fortschritte gemacht haben, was das Verständnis biologischer Ursachen psychischer Störungen angeht, und dies habe zur Entwicklung immer besserer Medikamente geführt.

Worin dieser »Fortschritt« wirklich besteht, sehen wir an den folgenden Zahlen: In den USA hat sich die Zahl »psychisch Behinderte« in den letzten fünfzig Jahren fast versechsfacht - von 0,34% der Einwohner im Jahr 1955 auf 1,97% im Jahr 2003. Seit der Einführung von Prozac<sup>2</sup> im Jahr 1987 (dies war das erste Psychopharmakon der zweiten Generation, dem nachgesagt wurde, besser als seine Vorgänger zu sein) hat sich die Zahl der sogenannten psychisch Behinderten in den USA um 150.000 Menschen

pro Jahr erhöht. Anders gesagt: Jeden Tag kommen 410 Menschen hinzu, die durch »psychische Krankheiten« behindert sind.

Andere Länder wie Großbritannien oder Australien, die das medikamentenbasierte psychiatrische Paradigma übernahmen, berichten ebenfalls von einer starken Zunahme der Zahl von Menschen, die in den letzten fünfzig Jahren durch psychische Störungen zu Behinderten wurden. Diese interessante Tatsache kann nur zu einem Schluss führen: Das Paradigma der herrschenden Psychiatrie ist gescheitert. Es hat sich gerade nicht als hilfreicher Ansatz erwiesen für Menschen, die an verschiedenen Formen psychischer Not (Depressionen, Angstzustände, Manien, Psychosen usw.) leiden, um zu gesunden und mit dem eigenen Leben klarzukommen. Vielmehr ist es ein Ansatz, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass man chronisch krank wird.

Wir kommen also offenbar nicht darum herum, über Alternativen zu diesem gescheiterten Paradigma nachzudenken. Auch wenn dies eine große Herausforderung darstellt, weisen alle Beiträge in diesem aktuellen und dringend benötigten Buch auf einen gemeinsamen Ausgangspunkt: Wenn wir denen helfen wollen, die mit ihren psychischen Problemen kämpfen, können wir damit beginnen, sie als unsere Brüder und Schwestern zu sehen - ähnlich wie die Quäker, als diese sich im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert gegen die Psychiatrie ihrer Zeit auflehnten. Also nicht als Menschen mit »kaputten Gehirnen«, sondern als Leidende. Diese Perspektive bringt eine ganze Welt der »Sorge« mit sich: Was benötigt der einzelne Mensch für sein Wohlbefinden? Schutz, Nahrung, Freundschaft und eine sinnvolle Beschäftigung. Jede Gemeinschaft, die derartige Sorge und Unterstützung bereitstellt - zusammen mit einer Botschaft

der Hoffnung, dass Menschen sich von psychischem Leid erholen können –, bildet einen guten Ansatz, Alternativen zur derzeitigen Psychiatrie zu entwickeln.

Die Beiträge in diesem Buch berichten von solchen Unterfangen. Zur Psychiatrie existieren heute nachweislich Alternativen – Programme, die Betroffenen erwiesenermaßen wirklich helfen, sich besser zu fühlen. Darüber hinaus führt dieses Buch Berichte über individuelle Formen der Bewältigung von Verrücktheit zusammen. Möge es dazu anregen, dass viele andere derartige Bemühungen Fuß fassen, gedeihen und sich verbreiten können.

*Robert Whitaker*  
Cambridge, Massachusetts

## **Fußnoten**

- 1** Derzeit in Deutschland, Österreich und der Schweiz nicht im Handel
- 2** Antidepressivum; Wirkstoff Fluoxetin; im Handel als Fluctine, Fluoxetin

*Aus dem Amerikanischen von Jonas-Philipp Dallmann*

# **Einführung**

Was kann ich tun, wenn ich verrückt werde? Wo finde ich vertrauenswürdige Hilfe für einen Angehörigen oder eine Freundin in Not?

Wie schütze ich mich vor Zwangsbehandlung? Wo kann ich mich mit Gleichgesinnten über die eigene Psychiatrie- und Lebensgeschichte austauschen? Wie kann ich als Familienangehörige oder Freund aktiv werden? Was soll ich tun, wenn ich es nicht mehr ertrage, in der Psychiatrie weiterzuarbeiten? Welche Alternativen zur Psychiatrie gibt es? Wie kann ich mich an deren Aufbau beteiligen?

Angenommen, die Psychiatrie soll abgeschafft werden: Was schlägt ihr vor ... statt Psychiatrie? Auf diese zentralen Fragen antworten 61 Autorinnen und Autoren – Psychiatriebetroffene, Mediziner, Therapeuten, Juristen, Sozialwissenschaftler, Psychiater und Angehörige aus allen Kontinenten.

»Statt Psychiatrie« sammelt Berichte aus dem anti-, nicht- und postpsychiatrischen Alltag in verschiedenen Ländern und liefert eine Bestandsaufnahme von individuellen und institutionellen Alternativen sowie Maßnahmen, die in Richtung einer strukturellen Veränderung weisen. Es ist ein Praxis- und Ideenbuch, eher persönlich als verallgemeinernd, gibt Anregungen und benennt Widersprüche und Probleme, liefert positive Beispiele und Vorbilder, aber keine Patentrezepte.

»Antipsychiatrie - gibt es die denn noch? Ja, aber nicht mehr als universitären Ausfluss der 68er, auch nicht als reformerische Variante der Psychiatrie à la Italien, Sozialpsychiatrie oder gemeindenaher Anstaltsfortsätze. Sondern, und das ist das Neue, initiiert und getragen von kritischen Psychiatriebetroffenen, den eigentlichen ExpertInnen in Sachen Psychiatrie, und orientiert am Recht auf Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und soziale Unterstützung.«

So stand es in der Einleitung der 1993 erschienenen, von Kerstin Kempker und mir herausgegebenen ersten Ausgabe von »Statt Psychiatrie«. Wie mein neuer Mitherausgeber Peter Stastny fühle ich mich ungebrochen der Antipsychiatrie verpflichtet, und zwar als einer undogmatischen und humanistischen Bewegung. Das griechische »Anti« bedeutet mehr als einfach nur »gegen«. Es heißt auch »alternativ«, »gegenüber« oder »unabhängig«.

Die Texte dieses Buches sind von Widerspruchsggeist und der grundlegenden Erkenntnis erfüllt, dass (1) die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann, (2) ihre Gewaltbereitschaft und -anwendung eine Bedrohung darstellt und (3) ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft verstellt.

Und die Texte beschreiben das Engagement für (1) den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not, (2) die Sicherung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Kranken, (3) ihre Organisierung und die Zusammenarbeit mit anderen

Menschenrechts- oder Selbsthilfegruppen, (4) die Verwendung alternativer psychotroper (die Psyche beeinflussender) und weniger giftiger Substanzen und das Verbot des Elektroschocks, (5) neue - mehr oder weniger institutionsabhängige - Formen des Lebens mit Verrücktheit und Andersartigkeit sowie (6) Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens.

Was hat sich geändert seit der ersten Ausgabe von 1993 und der Printausgabe von 2007? Mitherausgeber ist der bereits genannte Peter Stastny, bis 2009 Associate Professor der Psychiatrie am Albert Einstein College of Medicine im New Yorker Stadtteil Bronx, wo er in Zusammenarbeit mit Menschen, die persönliche Krisen und psychiatrische Interventionen überstanden haben, mehrere staatlich geförderte Forschungsprojekte in den Bereichen Arbeitsplatzsicherung, soziale Unterstützung und Selbsthilfe leitete. Im Besonderen arbeitet er am Aufbau von Einrichtungen, die psychiatrische Maßnahmen vermeiden und autonome Alternativen anbieten. Durch diese Tätigkeit hat sich eine enge Zusammenarbeit zwischen ihm und der Betroffenenbewegung entwickelt, die in gemeinsamen Forschungsaufträgen, Publikationen, Öffentlichkeitsarbeit und Demonstrationsprojekten aufging.

Peter Stastny ist auch Gründungsmitglied des International Network Toward Alternatives and Recovery (INTAR; *Internationales Netzwerk für Alternativen und Recovery*). In diesem Netzwerk haben sich die weltweit bedeutsamsten Alternativprojekte zusammengeschlossen. Wie kein anderer konnte Peter Stastny damit zu einer beträchtlichen Erweiterung des Spektrums von »Statt Psychiatrie« und zu einer gelungenen Synthese von Schutz vor unerwünschten psychiatrischen Maßnahmen und Engagement für Alternativen zur Psychiatrie beitragen.

Mit Ausnahme der - teils aktualisierten, teils völlig neu geschriebenen - Artikel von Harold Maio, Kate Millett, Andy Smith, Zoran Solomun und Uta Wehde sind keine Texte der 1993er-Ausgabe nachgedruckt, immerhin sind seither 14 Jahre bzw. 20 vergangen. Die meisten der nicht erneut publizierten Artikel stehen unter [www.antipsychiatrieverlag.de/sp-1993.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/sp-1993.htm) im Internet.

Dieses Buch entstand ohne jegliche finanzielle Förderung durch Sponsoren. Auch im Namen meines Mitherausgebers Peter Stastny distanziere ich mich von der Pharmaindustrie und von ihr abhängigen Organisationen sowie von Scientology und anderen Sekten und Dogmatikern aller Couleur. Neben Gesundheit ist nichts wertvoller als Freiheit und Unabhängigkeit.

Auch in Peter Stastnys Namen bedanke ich mich herzlich bei den vielen Unterstützerinnen und Unterstützern, die wertvolle Anregungen geliefert, übersetzt, korrekturgelesen und grafische Arbeiten gemacht haben, insbesondere bei Craig Newnes, David W. Oaks, Edgar Hagen, Jonas-Philipp Dallmann, Kerstin Kempker, Martin Urban, Monika Bessert (†), Paula Kempker, Pia Kempker, Rainer Kolenda, Reinhard Wojke (†) und Wolfhart Sander.

August 2007 / November 2013  
*Peter Lehmann*

# **Weshalb uns die Psychiatrie nicht glücklich macht**

## **Einleitung**

1995, als ich (P.L.) Mitglied im Vorstand des deutschen Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) war, wurden wir von der Redaktion der Zeitschrift *Sozialpsychiatrische Informationen* gefragt, ob wir an einer Fragebogenaktion zum Thema Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Behandlung teilnehmen wollen. Wir entschieden uns zur Teilnahme, änderten allerdings die vorgesehenen Fragen, da wir im Vorstand uneins waren, ob man bei psychiatrischer Behandlung von Qualität sprechen könne. Wir stellten also den damals 665 Verbandsmitgliedern - Betroffene, die der Psychiatrie teils mehr, teils weniger kritisch gegenüberstehen - unter anderem folgende Fragen:

»Wurde in der Psychiatrie auf die Probleme eingegangen, die zu Ihrer Anstaltsaufnahme geführt haben? Wurde Ihre Menschenwürde uneingeschränkt beachtet? Wurden Sie über Risiken und sogenannte Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen vollständig und verstehbar informiert? Wurden Sie über Behandlungsalternativen aufgeklärt? Was fehlt

für die Durchführung einer qualitativ guten Psychiatrie?«

Über einhundert BPE-Mitglieder nahmen an der Umfrage teil. Ergebnis: Nur 10 Prozent der Antwortenden gaben an, in der Psychiatrie Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. 90 Prozent gaben an, dass ihre Menschenwürde verletzt wurde. Auf die Frage, ob sie über Risiken und ›Nebenwirkungen‹ von Behandlungsmaßnahmen vollständig informiert waren, wurde nicht ein einziges Mal mit Ja geantwortet (Peeck et al., 1995).

Andere Studien jüngeren Datums, die von unabhängigen Betroffenen durchgeführt oder mitorganisiert wurden, wie zum Beispiel die europäische Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen«, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In dieser multinationalen Studie befragten Verbände von Psychiatriebetroffenen, Psychiatrie- und Angehörigenverbände aus Großbritannien, Österreich, Deutschland, Spanien, den Niederlanden und Frankreich gemeinsam mit einem belgischen Forschungsinstitut im Auftrag der Europäischen Kommission psychiatrisch Tätige, Angehörige und Betroffene. Ergebnis war auch hier: Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich und in der Psychiatrie systematisch diskriminiert.<sup>1</sup>

Fazit: Die Betroffenen - und nicht nur die in Europa - wollen Veränderungen im psychosozialen Bereich, angefangen bei einer Psychiatrie, die die Menschenrechte respektiert, bis hin zu Alternativen zur Psychiatrie und einer psychiatriefreien Gesellschaft. Geld und Rechte, wirksame und angemessene Hilfe in psychosozialer Not, Wahlmöglichkeiten und Alternativen - dies sind die

Losungen, mit denen sie den Bedarf und die Bedürfnisse auf den Punkt bringen.

Auch Angehörige suchen nach Alternativen, jedenfalls solche, die nicht zu den Angehörigenverbänden gehören wie NAMI (National Alliance for the Mentally Ill) oder EUFAMI (European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness), welche von Pharmafirmen gesponsert und beeinflusst werden. Ob es wie bei Uta Wehde eher mit der eigenen Erfahrung begründet wird, wie bei Kate Millett eher theoretische Ausführungen oder bei Dorothea S. Buck-Zerchin eine Reflexion der Psychiatriegeschichte und Psychosentheorie auf Grundlage langjähriger persönlicher Erfahrungen sind, das Ergebnis bleibt dasselbe. Eingefordert werden Alternativen zur Psychiatrie und das Recht auf eine humane Hilfe für Menschen in psychosozialer Not.

## **Fußnote**

- 1 Näheres im Internet unter  
[www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/enusp/schikane.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/enusp/schikane.htm).

## **Quelle**

Peeck, Gisela / von Seckendorff, Christoph / Heinecke, Pierre: »Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg. (1995), Nr. 4, S. 30-34; im Internet unter  
[www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/umfrage.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/umfrage.htm) – Zugriff am 29.7.2013

**Dorothea S. Buck-Zerchin**

## **Siebzig Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien - Erlebt und miterlebt<sup>1</sup>**

Ich bin Dorothea Buck und neunzig Jahre alt<sup>2</sup>, das, was man eine Zeitzeugin nennt. Das Thema meines Referats heißt: »Siebzig Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien – erlebt und miterlebt«. Ich beginne mit den von mir vor 71 Jahren erlebten Zwangsbehandlungen und der Zwangssterilisation. Alexander Mitscherlich schrieb 1966 in »Krankheit als Konflikt – Studien zur psychosomatischen Medizin I« im Kapitel »Über die Vielschichtigkeit sozialer Einflüsse auf Entstehung und Behandlung von Psychosen und Neurosen« über die Behandlungsmaßnahmen:

»Es waren von den Kulturen der Primitiven bis zur Gegenwart immer Methoden des Quälens. Recht betrachtet, ein wahnwitziges Arsenal von Folterungen selbst ...«

Das gilt bis zu den heutigen Fesselungen und Zwangsmedikationen, obwohl so viel wirksamere und hilfreichere Schizophrenie-Therapien wie Soteria und die Bedürfnisangepasste Behandlung von Prof. Yrjö Alanen in Finnland sich seit vielen Jahrzehnten bewährten.

Vor 71 Jahren – 1936 – machte ich mit gerade 19 Jahren in der Psychiatrie die Erfahrung größter Menschenverachtung. Bis zum heutigen Tag widerfuhr mir nichts Schlimmeres, selbst eine schwere Verschüttung im Zweiten Weltkrieg war nicht so schrecklich für mich. Ich erlebte die Psychiatrie deshalb als so unmenschlich, weil nicht mit uns gesprochen wurde. Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als ihn keines Gesprächs für wert oder fähig zu halten. Hinzu kam, dass es die sich als

»christlich« verstehende »von Bodelschwinghsche Anstalt Bethel« in Bielefeld war. Bethel und sein Leiter, Pastor Fritz von Bodelschwingh, wurden in unserem Elternhaus, einem Pfarrhaus, auch von uns Kindern als Inbegriff der Nächstenliebe verehrt. Nun erlebte ich ein ganz anderes Bethel, als ich es aus dem *Boten von Bethel* kannte.

Auf der hellgrünen Wand meinem Bett gegenüber stand in großer Schrift das Jesuswort »Kommet her zu mir, Alle, die Ihr mühselig und beladen seid. Ich will Euch erquicken«. Und womit wurden wir erquickt? Mit Kaltwasserkopfgüssen, mit Dauerbädern unter einer über die Wanne gespannten Segeltuchplane, in deren steifem Stehkragen mein Hals 23 Stunden - von einer Visite zur nächsten - eingeschlossen war, mit den nassen Packungen und mit Paraldehyd-Betäubungsspritzen. Bei der »nassen Packung« wurde man in kalte, nasse Tücher so fest eingebunden, dass man sich nicht mehr bewegen konnte. Die Tücher wurden durch die Körperwärme warm, dann heiß. Ich schrie vor Empörung über diese unsinnige Fesselung in den heißen Tüchern. Ich fand es unglaublich, dass die selbstverständliche Hilfe durch Gespräche und Beschäftigung durch diese quälenden »Beruhigungsmaßnahmen« ersetzt wurden. Denn natürlich wurden wir ohne eine Beschäftigung und Abwechslung, ohne ein einziges Gespräch - nicht einmal ein Aufnahmegeräusch, nur in den Betten liegend, obwohl wir körperlich gesund waren - unruhig. Wie sollten wir dieses unsinnige Verhalten der Ärzte und Schwestern als »Hilfe« erkennen können.

Es waren die Methoden von Emil Kraepelin, der von 1856 bis 1926 lebte und unsere deutsche Psychiatrie bestimmte. Der Chefarzt unseres Betheler »Hauses für Nerven- und Gemütsleiden«, wie es damals hieß, war einer seiner letzten Schüler gewesen. Emil Kraepelin hatte die

Gespräche, die seine Vorgänger, wie Wilhelm Griesinger von 1817 bis 1868 und Carl Wilhelm Ideler von 1795 bis 1860 noch mit ihren Patienten geführt hatten, durch die gesprächslose Beobachtung von Symptomen ersetzt, durch die »Krankheitsbilder« oder »Nosologische« Psychiatrie. Darum konnte er seine Patientinnen und Patienten auch nicht mehr als Mitmenschen erkennen, wie es nur durch Gespräche möglich ist. Die beobachteten Symptome traten an die Stelle des Menschen mit seinen Erfahrungen. Kraepelin forderte:

»... ein rücksichtsloses Eingreifen gegen die erbliche Minderwertigkeit, das Unschädlichmachen der psychopathisch Entarteten mit Einschluss der Sterilisierung«.

So forderte Bethels Leiter, Pastor Fritz von Bodelschwingh, schon zwei Jahre vor dem NS-Regime bei der Evangelischen »Fachkonferenz für Eugenik« am 18.-20. Mai 1931 in Treysa die Sterilisierung. Laut Konferenz-Protokoll begründete er sie mit der

»... Zerstörung des Königreiches Gottes in diesem oder jenem Glied, dass dann die Möglichkeit oder Pflicht besteht, dass eine Eliminierung stattfindet. Deshalb würde es mich ängstlich stimmen, wenn die Sterilisierung nur aus einer Notlage heraus anerkannt würde. Ich möchte es als Pflicht und mit dem Willen Jesu konform ansehen ...« (Aus dem Protokoll)

Ein wahrhaft beängstigendes »Königreich Gottes«, das uns nur eine trostlose untätige bloße Verwahrung unter Bibelworten ohne ein einziges Gespräch zugestand.

Bethels Chefarzt von 1930 bis 1933, Dr. Carl Schneider, lehnte dagegen die Sterilisation ab:

»Er hält es für einen Irrtum zu glauben, das biologisch Wertvolle sei auch das geistig Wertvolle. So werde etwa bei Manisch-Depressiven ›ein so hohes Maß sozialer Tüchtigkeit vererbt‹, dass es unmöglich sei, ›aus rein medizinischen Gesichtspunkten zu sterilisieren‹. Schneiders Urteil: ›Wir wissen darüber nichts, folgern nur aus Versuchen mit Tieren und Pflanzen.‹« (Aus dem Protokoll)

Zwei Jahre vor den Nazis fordern evangelische Ärzte und Pfarrer die Sterilisierung:

»Träger erblicher Anlagen, die Ursache sozialer! Minderwertigkeit und Fürsorgebedürftigkeit sind, sollten tunlichst von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden.« (Aus dem Protokoll)

Als ich die Stationsschwester nach den Narben meiner jungen Mitpatientinnen in der Mitte über der Scheide fragte, erklärte sie mir diese als »Blinddarmnarben«. Hatte man uns auch darin zu Hause belogen, dass der Blinddarm seitlich säße? Dieses Verschweigen auch, dass die Operation, der ich unterzogen wurde, eine Sterilisation sei, war hier offenbar üblich, obwohl das Erbgesundheitsgesetz von 1933 vorschrieb, dass die Sterilisanden von den Ärzten aufgeklärt werden müssten.

Auch nach der Operation erfuhr ich nicht von einem Arzt oder einer Schwester, sondern von einer Mitpatientin, was gemacht worden war. Ich war verzweifelt, denn Zwangssterilisierte durften keine höheren und weiterbildenden Schulen besuchen und keine nicht sterilisierten Partner heiraten. Meinen lang vorbereiteten Wunschberuf der Kindergärtnerin musste ich aufgeben. Von der lebenslangen Abstempelung als »minderwertig« ganz zu schweigen.

Im *Deutschen Ärzteblatt* vom Januar 2007 heißt es in einem Artikel über unsere bis heute fehlende Rehabilitierung als »Minderwertige«, dass der Betheler Chefarzt ab 1934, Prof. Werner Villinger, am 13. April 1961 im Bundestagsausschuss für Wiedergutmachung

»... sich zu der Behauptung verstieß, durch eine Entschädigung den Zwangssterilisierten erst recht zu schaden: ›Es ist die Frage, ob dann nicht neurotische Beschwerden und Leiden auftreten, die nicht nur das bisherige Wohlbefinden und (...) die Glücksfähigkeit dieser Menschen, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.«

Pastor Fritz von Bodelschwinghs Neffe und Nachfolger, Pastor Friedrich von Bodelschwingh, argumentierte am 21. Januar 1965 als Experte vor dem Ausschuss für Wiedergutmachung in gleicher, unsere Realität völlig verkennender Weise:

»Gäbe man den Sterilisierten selbst einen Entschädigungsanspruch, so werde nur Unruhe und neues, schweres Leid über diese Menschen gebracht ...«

Bethel sterilisierte noch lange nach 1945 weiter. Im letzten Jahr, 2006, rief mich jemand an, den Bethel noch in den siebziger Jahren unter Druck setzte, sich sterilisieren zu lassen. Würden Theologen und Psychiater doch auch einmal ihren eigenen Wert für uns in Zweifel ziehen!

Als im Juli 1939 zum ersten Mal eine Unterrichtung von etwa sechzig Anstaltsleitern und Psychiatrie-Professoren in der Berliner Kanzlei von Adolf Hitler stattfand, denen das »Euthanasie«-Programm vom SS-Führer Viktor Brack vorgetragen wurde, erklärten alle ihre Bereitschaft, an der

Tötung der Anstaltspatientinnen und -patienten mitzuarbeiten, mit Ausnahme des Göttinger Professors Gottfried Ewald. Er begründete seine Ablehnung ausführlich. Ein einziger seelisch und geistig intakter Mensch unter sechzig Psychiatrie-Professoren und Anstaltsleitern! Wo blieb ihr Gewissen, ihre Courage, ihr Mitgefühl? Werte, die den Menschen erst zum Mitmenschen machen.

Als Gutachter und Obergutachter fällten sie in der Berliner Tiergartenstraße 4 die Todesurteile nur nach den Fragebogen, die die Anstalten ausgefüllt hatten. In sechs psychiatrischen Tötungsanstalten wurden die zum Tode Verurteilten vergast. Als Hitler am 24. August 1941 nach der Protestpredigt des katholischen Bischofs Clemens August von Galen in Münster am 3. August 1941 die Vergasungen einstellen ließ, übernahmen die Anstalten selbst die Tötung durch überdosierte Medikamente und Nahrungsentzug.

Die letzten Forschungsergebnisse gehen nach dem Historiker Prof. Hans-Walter Schmuhl von insgesamt fast 300.000 vergasten, vergifteten, zu Tode gehungerten Anstaltspatientinnen und -patienten und Heimbewohnerinnen und -bewohnern aus. Davon fast 80.000 Patienten aus polnischen, französischen und sowjetischen Anstalten. Da unsere Politiker, Psychiater und Theologen diese rigoroseste Zwangsbehandlung als Tötung sogenannter »lebensunwerter« Menschen seither so gut wie ganz verdrängen, bleibt es uns Psychiatrie-Betroffenen allein überlassen, die in Psychiatrien Ermordeten im Gedächtnis und im Herzen zu behalten.

Psychiater, die sich als Gegner und von 1939 bis 1945 im wörtlichen Sinne sogar als »Todfeinde« ihrer Patienten erwiesen, vermittelten ihren Schülern und der

Öffentlichkeit auch nach 1945 ein nur defizitäres Bild ihrer als »unheilbar« bestimmten Patientinnen und Patienten. Noch am 20. April 1979 - vierzig Jahre nach dem »Euthanasie«-Beginn 1939 - titelte *Die Zeit* auf der ersten Seite »Die Gesellschaft der harten Herzen - In den Schlangengruben der deutschen Psychiatrie«. Dort heißt es: »Und keine Minderheit wird so schändlich behandelt wie die psychisch Kranken.«

Dieser jahrzehntelange Rückstand einer immer noch gesprächsarmen, medikamentös auch unter Zwang und Fesseln nur Symptome bekämpfenden statt verstehenden Psychiatrie ließ sich trotz vieler Bemühungen in den letzten Jahren nicht aufholen.

Während Soteria und die »Bedürfnisangepasste Behandlung« des finnischen Professors Yrjö Alanen seit über dreißig Jahren die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten erfragt und ernst nimmt und der sofort einsetzenden Psychotherapie der als »schizophren« Diagnostizierten absoluten Vorrang vor den nur Symptome verdrängenden Neuroleptika gibt, räumt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde gerade mal zehn von 140 Seiten in ihrem Entwurf für Schizophrenie-Behandlungsleitlinien dem Thema Psychotherapie ein.

Als einziges Verfahren lässt sie auch nur die kognitive Verhaltenstherapie gelten. Aber auch die ausdrücklich nur bei Versagen der medikamentösen Therapie. Unsere heutige deutsche Psychiatrie hat die erblich oder genetisch bedingte und darum sinnlose Gehirnkrankheit von Emil Kraepelin nur anders formuliert als Hirnstoffwechselstörung fast unverändert übernommen.

Seit 1953 gibt es Neuroleptika. Ihr sofortiger Einsatz ist seither das Mittel der Wahl. Der von seinem Psychoseerleben überwältigte Patient möchte natürlich mit seinem Erleben ernst genommen werden und es verstehen. Die sofortige Stilllegung durch starke Neuroleptika lässt sich nicht als ihm wohlgesonnene Hilfe erkennen. Er oder sie wehren sich. Um sie gefügig zu machen, werden sie womöglich an Händen, Bauch und Füßen ans Bett gefesselt, fixiert. Die Malerin Jutta Jentges zeigte beim ersten psychiatrischen Weltkongress in Deutschland nach dem II. Weltkrieg 1994 in Hamburg, den Dr. Thomas Bock mit unserem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie gemeinsam ausgerichtet hatte, ein großes ausdrucksstarkes Bild eines mit über dem Kopf ausgebreiteten Armen und an den Füßen ans Bett gefesselten Menschen mit der Frage »Why?« - Warum? Sie schilderte die Qual einer solchen auch über Nacht erlebten Fesselung. Dem Gefesselten wird eine Windel verpasst. Auch das wird als demütigende Entwürdigung erlebt. Für viele Gefesselte bleibt diese quälende Erfahrung ein womöglich lebenslanges Trauma.

Zu meinen fünf Psychiatriezeiten von 1936 bis 1959 gab es diese qualvolle Art der Fesselung an Händen, Bauch und Füßen ans Bett noch nicht, sondern ganz selten mal Leibgurte. Bis zu meinem vierten Schub 1946 wartete man erst einmal einige Wochen ab, ob sich unsere Psychosen von selbst wieder zurückbilden würden, bevor Cardiazol-, Insulin- oder Elektroschocks eingesetzt wurden. 1936 gab es auch diese Schockbehandlungen noch nicht. In meiner letzten Psychose 1959 erlebte ich zum ersten Mal, dass wir sofort alle im großen Saal unter hohe Neuroleptikadosierungen gesetzt wurden. Diese totale Diktatur, die uns nicht mehr denken und fühlen ließ und

auch körperlich sehr schwächte, fand ich zutiefst abstoßend. Ich hatte das Glück, nach den beiden ersten Tagen mit einem Hautausschlag zu reagieren und von da an Pillen in den Mund geschoben zu bekommen. Jedes Mal behielt ich sie unter der Zunge und spülte sie ins Klo. In der gleichen Zeit wie meine Mitpatientinnen war ich psychosefrei. Um das heimliche Ausspucken zu verhindern, gibt es statt Pillen Flüssiges, das man schlucken muss.

Wie viel hilfreicher, respektvoller und kompetenter ist dagegen die trialogisch besetzte Berliner Krisenpension ohne Zwang. Hier wird der psychotische Patient mit seinem Erleben ernst genommen, statt auf seinen gestörten Hirnstoffwechsel reduziert. Wie viele suchen nach einem Psychose- und Selbstverständnis. Wer aber seine Schizophrenie verstehen will und sie wie ich nach fünf Schüben mit 42 Jahren verstanden hat und dadurch vor 48 Jahren von selbst los wurde, muss die dazu notwendigen Einsichten auch heute noch selber finden.

Auch dazu und gegen die gesprächsarme biologistische Psychiatrie gründeten wir mit Privatdozent Dr. Thomas Bock an der Hamburger Uni-Psychiatrie seit dem Wintersemester 1989/90 das »Psychose-Seminar« als Erfahrungsaustausch zwischen uns Psychiatrie-Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten, den sogenannten Trialog. Hier können die Psychoseerfahrenen über ihr tief beeindruckendes Erleben sprechen, ohne wie in den Psychiatrien noch mehr Medikamente schlucken zu müssen. Dieser gleichberechtigte Erfahrungsaustausch ermöglicht ein besseres gegenseitiges Verständnis. In den seither 17 Jahren ihres Bestehens verbreiteten sich die »Psychose-Seminare« auch in der Schweiz und in Österreich. Leider nehmen viel zu wenig Psychiater an ihnen teil.

Was ist eine Psychose? Von dieser Definition hängt das Zwangs- und Gewaltproblem in erster Linie ab. Das medizinische Konzept der sinnlosen, genetisch bedingten Hirnstoffwechselstörung entwertet den Patienten, ignoriert ihn als Menschen mit seinen Erfahrungen und provoziert geradezu seinen Widerstand.

Was wäre, wenn nicht Sie, sondern wir die Definitionsmacht hätten, dass die Psychose ein Aufbruch des normalerweise Unbewussten ist, um eine vorausgegangene Lebenskrise zu lösen, die wir mit unseren bewussten Kräften nicht lösen konnten. Dass darum die Parallelen zwischen den bekannten schizophrenen Symptomen und dem, was in unseren Nachtträumen geschieht, so offensichtlich sind, weil beide aus derselben Quelle, unserem Unbewussten, kommen. Als schizophrenes Symptom ist zum Beispiel der Aufbruch von Symbolen bekannt, das Denken und Handeln in Symbolen. Unsere Nachtträume sind voller Symbole. Oder die häufigen Identifikationen zum Beispiel mit Jesus und anderen Personen in der Schizophrenie. Auch im Nachttraum identifizieren wir uns mit den im Traum auftretenden Personen, die uns häufig selbst meinen. Oder die in der Schizophrenie häufigen »Beziehungs- und Bedeutungsideen«. Verstehen lassen sie sich erst aus dem in der Psychose veränderten Weltgefühl sonst nicht gespürter Sinnzusammenhänge. Ähnliches gibt es im Traum. Sigmund Freud erwähnt im »Abriss der Psychoanalyse« beim Traum

»... eine auffällige Tendenz zur Verdichtung, eine Neigung, neue Einheiten zu bilden aus Elementen, die wir im Wachdenken gewiss auseinander gehalten hätten.«

Die Krankheit liegt also darin, dass wir unser Psychoseerleben für Realität halten. Würden wir es von vornherein auf der »Traumebene« erkennen, wären wir nicht krank. Es bedarf also der Verschiebung der Psychoseinhalte auf die »Traumebene«, um sich den *Sinn* der Psychose zu erhalten, nur ihre objektive Wirklichkeit nicht. Unsere Psychosen gehen meistens mit aufbrechenden Impulsen und Emotionen einher, die auch aus dem Unbewussten kommen. Damit sich gar keine Gefühle und Impulse stauen können, lebe ich immer aus diesen Impulsen oder der inneren, nicht gehörten Stimme. Manche hören sie ja auch. Diese Definition der Schizophrenie hat nichts Abwertendes und fordert dazu auf, sich mit den Psychose-Inhalten und der vorausgegangenen Lebenskrise zu befassen, um sich selbst besser zu verstehen und mit sich umzugehen.

Den Aufbruch des Unbewussten erleben und bewerten wir als von außen kommende »Eingebungen«. Darum konnte der englische Psychiater John K. Wing als »zentrales schizophrenes Syndrom« das »Erlebnis der Eingebung von Gedanken« bezeichnen. Aus diesem Erlebnis von außen eingegebener Gedanken resultiert wohl auch der Begriff der »Schizophrenie«. Sobald wir aber von einem aufgebrochenen Unbewussten wissen, das wir wegen der ganz anderen Art des Denkens und Vorstellens, des eher »Gedachtwerdens«, als nicht aus uns selbst kommend erleben und bewerten, kann gemeinsam ein Psychose- und Selbstverständnis erarbeitet werden. Denn dass unsere Psychosen durch vorausgegangene Lebenskrisen seelisch verursacht sind, wissen wir Betroffene fast alle.

Die Psychiatrie mit ihrer Zwangsmedikation ohne Hilfe zum Psychose- und Selbstverständnis wird von vielen gefürchtet. Die Psychiater sollten sich gleich in der ersten