

Meine Krankheit, mein Medikament und ich

Die atypischen Neuroleptika als neue Identitätsstifter der Psychiatrie

von Viola Balz, Stefan Bräunling und Therese Walther; Oktober 2002

erschienen in: „Psychologie & Gesellschaftskritik“, Nr. 104 „PsychiatrieDesign“, [Psychosozial-Verlag](#)

Einleitung

Die Psychiatrisierung schreitet voran; sie umfasst immer weitere Felder des Sozialen, so eine gängige These der psychiatriekritischen Publikationen der letzten 20 Jahre. Dem gegenüber werden Professionelle in der Psychiatrie nicht müde zu betonen, dass mit der sozialpsychiatrischen Wende in der Psychiatrie diese ihre weitgehend repressive Rolle verloren habe und somit die frühe Psychiatriekritik in dieser Reform - deren zentrales Anliegen es ist, die Psychiatrisierten in die Gesellschaft zu integrieren - bereits verwirklicht worden sei.

Ziel dieses Beitrags ist es aufzuzeigen, inwieweit die sozialpsychiatrische Wende dennoch mehr dem psychiatrischen Dispositiv als der Psychiatriekritik verpflichtet blieb. Dabei gilt es gleichzeitig herauszuarbeiten, inwieweit diese Wandlung von einem Paradigmenwechsel begleitet war und welche Folgen dieser Wechsel für das Formen psychiatrisierter Menschen hatte.

Die Hauptthese des Textes wird zum einen sein, dass das Psychopharmakon in der Psychiatrie den Krankheitsbegriff in seiner Sinn stiftenden Funktion abgelöst hat, was weit reichende Folgen für die 'Behandlung' der NutzerInnen hat. Zum anderen soll der Hybridcharakter der Psychopharmakolisierung aufgezeigt werden.

Ausgehend davon wird auf die Wirkungsweise und Bedeutsamkeit atypischer Neuroleptika für die Psychiatrie heute verwiesen und ihre besondere Bedeutung für das Erleben der Betroffenen herausgestellt. Die Schwierigkeiten des Absetzens derselben werden diskutiert und am Beispiel der Erfahrungen des antipsychiatrischen Berliner Projektes Weglaufhaus verdeutlicht.

1. Psychiatrische Paradigmen im Wandel

Die Psychiatrie ist eine historische Disziplin. Zwar umfasst ihre Geschichte kaum mehr als zweihundert Jahre, dennoch gelang es ihr, wie Robert Castel in seiner Geschichte der Psychiatrie aufzeigt, zügig einige Paradigmen herauszubilden, die für ihre weitere Entwicklung prägend bleiben sollten. Diese fünf grundlegenden Paradigmen, so Castel, könne die Psychiatrie nicht überschreiten, wolle sie ihren Status als eigenständige Disziplin aufrecht erhalten. In Anlehnung an Castel möchten wir diese Kategorien betrachten, die wir als Ausgangspunkte psychiatrischer Denkschemata und Handlungsweisen begreifen, ihre aktuellen Ausformungen und Modifikationen bestimmen und aufzeigen, wie sich das Gefüge der Paradigmen verändert hat.

Das erste Paradigma bildet nach Castel der *theoretische Code*. Dieser bezeichnet insbesondere die Klassifikation von Krankheitsbildern, d.h. beispielsweise Diagnosen, mit denen Verrückte beschrieben und kategorisiert werden. Dabei liegt dem Akt der Diagnostizierung immer ein ungleiches Verhältnis zwischen Diagnostizierenden und Diagnostizierten zugrunde.

Die *Interventionstechnologie* kennzeichnet die Summe der Interventionen von den Disziplinierungstechniken, die bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts vorherrschend waren, bis zur Psychopharmakolisierung heute.

Des weiteren vollzieht die Psychiatrie, so Castel, stets Wandlungen in ihrem *institutionellen*

Dispositiv: Die psychiatrische Klinik stelle dabei immer noch die zentrale, aber nicht die einzige psychiatrische Institution dar. Die gemeindenahen Institutionen, Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, etc. stellen eine wichtige Ergänzung innerhalb dieses Dispositivs dar.

Die innerhalb der Psychiatrie Tätigen bilden dabei einen *Korpus von Fachleuten*, die sich nach der Ordnung der medizinischen Disziplin verhalten und eine Position als Experten herausbilden. Ihnen obliegt die Definitionsmacht über Diagnosen, über die Festlegung, wer und was behandlungsbedürftig ist und nicht zuletzt die Entscheidung über die dann notwendige richtige Behandlung. An der obersten Stelle der sich herausbildenden Hierarchie stehen stets ÄrztInnen.

Dem gegenüber bleibt der *Benutzerstatus* in der Psychiatrie immer ein untergeordneter, PatientInnen haben nicht die gleichen Rechte und Mitbestimmungsmöglichkeiten wie das Personal (vgl. Castel 1979, S. 12 ff.).

Es bleibt mit Castel zu fragen, in wie weit psychosoziale und psychiatrische Entwicklungen in der Lage sind, dieses Schema zu transzendieren, wenn sie Neuerungen auf dem Markt des Wahnsinns präsentieren. Gerade für die Soziale Psychiatrie, die in ihren Kernpunkten eine Reintegration des Verrückten in die Gemeinde vorsieht, stellt sich die Frage, ob ihr die Ablehnung des psychiatrischen Dispositivs gelingt.

2. Enthospitalisierung oder transinstitutionelle Verschiebung?

Die Kernpunkte sozialpsychiatrischer Reformen lassen sich u.E. an den Forderungen messen, die im Bericht zur Lage der Psychiatrie Mitte der 70er Jahre bereits herausgearbeitet wurden. In dieser auch als Psychiatrie-Enquête bekannt gewordenen Studie werden die weitgehend auf die psychiatrische Anstalt ausgelegten Formen psychiatrischer Versorgung kritisiert und mehr Gemeindenähe eingefordert. Die Enquête schloss mit folgenden Forderungen:

- Ambulante Versorgung vor stationärer Versorgung
- Gleichstellung von 'psychisch Kranken' mit den körperlich Kranken
- Stärkung der Möglichkeiten zur Früherkennung und Prävention
sowie
- Multiprofessionalisierung der in der Psychiatrie Tätigen

Mit diesen Reformen, so die Enquête, solle sich die Psychiatrie dem nicht-medizinischen Bereich und den Erfordernissen des sozialen Lebens öffnen und den Psychiatrisierten die Reintegration in ihr soziales Umfeld, die Gemeinde, ermöglichen (Bericht zur Lage der Psychiatrie 1975, S. 408 ff.).

Doch was bedeutet diese soziale Öffnung? Und unter welchen Maßgaben gelang oder misslang eine Reintegration in die Gemeinde?

Die Forderung nach einer Umstrukturierung der Anstalt hin zur Gemeinde ist kein bundesdeutsches Phänomen, sie lässt sich relativ zeitgleich auch in anderen Ländern beobachten. Besondere Beachtung fanden dabei Prozesse in den USA, wo – weitgehend aus finanzpolitischen Erwägungen - die Entleerung der Kliniken schon frühzeitig begann (vgl. Hellerich 1985).

Betrachtet man die Veränderungen im Rahmen der Sozialpsychiatrie vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen Koordinaten, welche die Psychiatrie bestimmen und ohne die sie nach Castel nicht auskommt, so lässt sich konstatieren, dass trotz der Enthospitalisierung der theoretische Code derselbe geblieben ist, denn auf die psychiatrischen Diagnoseschemata wird auch in der Gemeindepsychiatrie zurückgegriffen. Die nach der Enquête eingerichteten Sozialpsychiatrischen Dienste sollten die gemeindenahere Versorgung sicherstellen. Sie stellen, obwohl außerhalb der Kliniken angesiedelt, jedoch lediglich eine andere Form des institutionellen Dispositivs dar, die – wie noch genauer beschrieben werden wird – u.U. einen noch weiter reichenden Zugriff in verschiedenste Bereiche und Nischen der Gesellschaft hinein hat. Zwar hat sich das Personal

erweitert, denn in der Sozialpsychiatrie arbeiten z.B. viele SozialarbeiterInnen. Nach wie vor obliegen Entscheidungen über und Behandlung von Betroffenen jedoch den "Professionellen", auch ist die oberste Instanz wie gehabt durch ÄrztInnen besetzt. Bruns zeigt in seiner Untersuchung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland, dass diese nach der psychiatrischen Ambulanz die höchste Einweisungsrate in die Psychiatrie aufwiesen und dadurch einen entscheidenden Faktor für die Verkehrung der Absicht der gemeindenahen Versorgung in ihr Gegenteil darstellen, die faktisch nicht zu einer Abnahme, sondern zu einem Anstieg der Einweisungen geführt habe (Bruns 1993). Wie auch in anderen Ländern besteht in der Bundesrepublik die Interventionstechnologie mittlerweile zum überwiegenden Teil in der Gabe von Psychopharmaka. Die zunehmende Pharmakolisierung in der Gemeinde führte jedoch nicht zu einer Abnahme der Einweisungen in die psychiatrische Anstalt, sondern erhöhte diese, wenn auch die Verweildauer kürzer wurde – die Drehtürpsychiatrie war geboren (vgl. Lehmann, Stastny & Weitz 1993).^[1]

Die Entinstitutionalisierung, die zentraler Kern sozialpsychiatrischer Reformen war, verlagerte sich also häufig, wie Hellerich formuliert, zu einer Transinstitutionalisierung, deren „Verschiebung von der Anstalt (als Totale Institution) zu den offenen, multiformen, geschmeidigeren, ausdifferenzierten Institutionen [...] eine enge Verbindung mit dem sozialen Leben der Devianten“ ermöglichte und so ihre Kontrollfunktionen verfeinerte – gleichzeitig aber meistens eine Rückfahrkarte in die Psychiatrie mit einschloß (Hellerich 1985, S. 161). Auch Castel weist darauf hin, dass die Psychiatrie so immer mehr zu einem zweipoligen System wird, an deren einem Pol die psychiatrische Anstalt und am anderen die Gemeindepsychiatrie sich befindet. Diese Transformation der Psychiatrie verbindet sie mit ihrem Außen und nimmt es in ihr Inneres auf (Castel 1979, S. 297).

Entscheidend ist u.E., dass die Pharmakolisierung das Bindeglied dieses Transformationsprozesses darstellt, ja diesen sogar erst ermöglicht. Es ist uns deshalb ein Anliegen, die neue Funktion der Psychopharmaka näher herauszustellen.

3. Wie die Interventionsstrategie den theoretischen Code bestimmt

Um der sich wandelnden Funktion und Bedeutung der Psychopharmaka gerecht zu werden, muss man sie in einem weiten Kontext betrachten. Denn die Hegemonialität des Psychopharmakons wird nicht nur über seine Funktion als Brücke zwischen Anstalt und Gemeinde erzielt, vielmehr wird mittlerweile in der Psychiatrie über die Wirkungsweise des Psychopharmakons selbst definiert, was gesund und was krank ist bzw. was als zu modifizierendes abweichendes Verhalten gilt. Hier kehrt sich der Schluss der traditionellen Medizin um, die stets für eine bestehende Krankheit ein wirksames Medikament sucht. Es wird schließlich die Abweichung ausgehend von der Wirksamkeit der Psychopharmaka definiert, oder wie es Helmchen et al. formulieren:

„Werden im allgemeinen für bekannte Krankheitsbilder Medikamente gesucht, so werden hier [in der Psychiatrie, d.A.] für interessante Substanzen Indikationen gesucht. Solche 'Indikationen' mögen durchaus außerhalb konventioneller psychiatrischer Nosologien liegen [...]“ und können deshalb optimal auch die Steuerung gesellschaftlich unerwünschter Abweichungen mit einschließen (Helmchen/Mueller-Oerlinghausen 1978, S. 16). Folgerichtig spielt auch die Fokussierung auf eine organische Abweichung in der Bestimmung dessen, was 'krank' sei, eine immer geringere Rolle in der Psychiatrie. So verzichtet auch die neueste Ausgabe des DSM ausdrücklich auf eine ätiologische Ausrichtung ihrer Kategorien und gibt den Begriff der Krankheit zugunsten des Begriffs der Störung auf - und öffnet sich damit immer weiter hin zu gesellschaftlichen Feldern. Die Autoren des DSM betonen, „dass eine Diagnose nicht unbedingt Rückschlüsse auf die Ursache der psychischen Erkrankung oder damit einhergehender Beeinträchtigung erlaubt. Der Einschluss einer Störung in die Klassifikation erfordert (wie in der Medizin allgemein) nicht, dass ihre Ätiologie bekannt ist“ (Saß/Wittchen/Zaudig 1996, S. 946). Die neue Kategorienbildung orientiert sich weitestgehend an

Symptomkomplexen. Gleichzeitig gibt der DSM selbst an, dass die im Manual gefassten Störungsbilder deskriptive Konstrukte seien, die durch die gesellschaftlichen Konventionen das abbilden, was die Mehrheit der Psychiater für eine psychische Störung hält. Folgerichtig werden sie auch immer wieder über eine empirische Befragung der Psychiater gebildet. (vgl. Saß/Wittchen/Zaudig 1996). Die jeweiligen Kategorien werden dabei jedoch nicht nur dadurch bestimmt, was in der psychiatric community als Abweichung definiert wird, sondern ihre Einteilung orientiert sich zunehmend daran, auf was die Psychopharmaka wirken.

Dies lässt sich beispielhaft an der Entstehung der Diagnose "Hyperkinetisches Syndrom", welche sich im Laufe der Jahre zur häufigsten psychiatrischen Diagnose im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte, aufzeigen. In Bezug auf den Begriff der Hyperkinese - aber auch in Hinblick auf alle anderen psychiatrischen Kategorien - bleibt mit Conrad zu fragen, wie und wann sich bestimmte Formen abweichenden Verhaltens von Kindern von einem sozialen zu einem medizinisch-psychiatrischen Problem transformierten. Denn das Problem der „zappelnden Kinder“ war bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts bekannt, und auch eine beruhigende Wirkung von Amphetaminen auf diese wurde bereits 1937 von Bradley in einem Experiment herausgestellt. Es entwickelte sich jedoch erst in den 50er Jahren ein systematischer Umgang mit psychotropen Substanzen, so dass die Extrahierung psychiatrischer Psychopharmaka technisch möglich und in deren Zuge mit der Substanz Ritalin auch ein Mittel für die so störende Störung der Kinder gefunden wurde. Da es jedoch kein Medikament ohne Krankheit gibt, war die zugehörige Diagnose schnell geboren. In Anlehnung an Laufer (1957), der die Störung als hyperkinetische Impuls auffälligkeit bezeichnete, einigte man sich nach einigen Umbenennungen schließlich auf eine Bezeichnung – zunächst "Minimale Cerebrale Dysfunktion", heute "Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ - und nahm sie in die Diagnosemanuale auf. Dies ermöglichte erst den massenhaften Einsatz von Ritalin ab Beginn der 60er Jahre (vgl. Conrad 1983).

4. Psychopharmaka als Hybride

Als Interventionstechnologie der Psychiatrie entwickelt, haben Psychopharmaka jedoch eine Bedeutung, die weit über ihre Funktion innerhalb der Psychiatrie hinausreicht. Denn Psychopharmaka funktionieren gesellschaftlich nicht einfach rein äußerlich und beeinflussen Betroffene lediglich als „chemischer Knebel“. Vielmehr muss man ihre Wirkung immer auch als gesellschaftliche und subjektiv vermittelte verstehen und die Individuen und ihre Subjektivität dabei mit einbeziehen. Dabei ist herauszustellen, dass Psychopharmaka nicht lediglich auf die Körper der Betroffenen einwirken, sondern - wie es dem Charakter vieler biopolitischer und medizinisch-technischer Neuerungen entspricht - die Grenze zwischen Technischem und Subjektiv-Authentischem verschieben.

Ausgehend von dieser Betrachtung ist unseres Erachtens auch die Geschichte und Funktion des Psychopharmakons in der Psychiatrie zu untersuchen. Wir wollen herausstellen, inwieweit die Grenzlinie zwischen dem Mythos der pharmakologischen Wirkung und ihrem tatsächlichen Einfluss auf das Erleben und Verhalten identisch ist bzw. inwieweit diese sich gegenseitig konstituieren und die von Seiten der Psychiatrie gewünschte Wirkung so erst hervorgebracht wird. Damit einhergehend muss aber auch eine lineare Wirkungsweise, wie sie in der Psychopharmakologie unterstellt wird, angezweifelt werden. Es gilt u.E. herauszuarbeiten, inwieweit sich die Psychiatrie des Hybridstatus' der Psychopharmaka bewusst ist und diesen in ihre „Wirkanalysen“ mit einbezieht bzw. wie eine solche Einbeziehung aussehen könnte. Um die psychiatrische Vorstellung von der Wirkung der Psychopharmaka zu verdeutlichen, möchten wir deshalb zunächst aufzeigen, welche Theorien die Psychiatrie selbst von deren Wirksamkeit hat und ihre Wirkforschung untersuchen.

In der Psychopharmakaforschung selbst erfolgt die Prüfung und Erprobung der Psychopharmaka nach streng als naturwissenschaftlich definierten Kriterien. Es ist hier bekannt, dass Psychopharmaka unspezifisch wirken, d.h. über eine Blockierung bzw. Freisetzung von

Neurotransmittern, die das gesamte Erleben und Verhalten beeinflussen. Die direkte Wirkung des Pharmakons auf das unerwünschte Verhalten soll über ein scheinbar objektives Prüfverfahren, die sogenannten Blind- und Doppelblindstudien, untersucht werden. Bei einer pharmakologischen Blindstudie werden eine wirkaktive Substanz oder ein Placebo an ProbandInnen – häufig sind dies PsychiatrieinsassInnen - verabreicht, ohne dass diese selbst wissen, was sie erhalten haben. Ziel dieser Studien ist es, die Wirkungen eines psychopharmakologischen Präparats gegenüber Placebos unabhängig von einer Beeinflussung durch die Betroffenen zu erforschen. Um zudem auch eine Beeinflussung durch die PsychiaterInnen auszuschließen, ist man in der pharmakologischen Forschung mittlerweile zunehmend zu den Doppelblindstudien übergegangen, deren Design vorsieht, dass auch die verabreichenden PsychiaterInnen die wirkaktive Substanz nicht kennen (vgl. Helmchen/Mueller-Oerlinghausen 1978, Rufer 1995). Nach dem Motto „Zwei Blinde sehen mehr als einer“ glaubt man in der pharmakologischen Forschung nun, die beobachtbare Wirkung allein den Psychopharmaka zuschreiben zu können. Unbeachtet bleibt aber deren hybrider Charakter, der sie eben jenseits einer reinen Substanzwirkung immer auch zu einem kulturellen Produkt macht. Zwar werden Psychopharmaka immer entwickelt, um direkt auf das Denken und Fühlen der Personen einwirken und die unerwünschten Erlebnisweisen daraus eliminieren zu können. Gleichzeitig scheint jedoch das Denken und Fühlen der Menschen, die sie einnehmen, in den Vorstellungen der Psychopharmakologie nicht vorzukommen. Keinesfalls wird ihm ein Einfluss auf die Wirkungsweisen der Psychopharmaka zugestanden. Die vermeintlich objektive Wirkung kommt also nur durch die Negierung der subjektiven Empfindungen der ProbandInnen zustande.

Psychopharmaka wirken auf das subjektive Fühlen und Denken ein und verändern es u.U. massiv. Wer sie einnimmt, fragt sich vermutlich unwillkürlich: Was passiert eigentlich gerade mit mir? Und: Was fühle ich? Bin ich noch ich selbst? Wie funktioniert mein Denken überhaupt noch? Bin ich das, der da denkt? Wer denkt mich? Ich, die Psychiatrie oder die Psychopharmaka? Es kann also zu einer Verwirrung darüber kommen, ob die Gedanken, die man gerade fasst – durch die Psychopharmaka gewissermaßen bereinigt von ihren 'schädlichen' Einflüssen – überhaupt noch etwas mit einem selbst zu tun haben. Wenn die Gedanken jedoch nicht meine sind, wessen sind sie dann?

Gerade letztere Frage wirft ein Licht auf die Rolle und Funktion, die der Psychiatrie in diesem Prozess zukommt und die sich nicht in einer medizinisch-technischen Funktion erschöpft. Vielmehr, so unsere These, funktioniert die Wirkmächtigkeit der Psychopharmaka nur dann, wenn die Psychiatrie auch auf das Denken derjenigen, die sie einnehmen, in einer Art und Weise einwirkt, die sie an die heilende Substanzwirkung glauben lässt, ohne das sie sich zu dieser heilenden Wirkung mit ihren subjektiven Zweifeln ins Verhältnis setzen.[\[2\]](#)

Objekte, in denen die Grenze zwischen Natur und Kultur zunehmend verschwimmt, sind von Latour als Hybride bezeichnet worden. Latour beschreibt, dass die Wissenschaften in der Moderne sich ausgiebig daran versucht haben, ihre Disziplinen in Natur- und Kulturwissenschaften aufzuteilen. Damit einhergehend wurden verschiedene Wissenschaftstheorien darüber entwickelt, wie Kultur und Natur in die jeweiligen Bestimmungen aufzunehmen und wie sie auf das Objekt des Wissens zu beziehen seien. Diese moderne Trennung schloss von jeher viele Objekte aus, deren Wirkungsweise nicht durch eine klar abgrenzbare Bestimmung von natürlichen und kulturellen Komponenten zu bestimmen war, sondern die schon an sich eine Mischform darstellten. Diese neuen Formen bezeichnet er als Hybride.

So sind beispielsweise in Bezug auf den menschlichen Körper immer kulturelle mit "natürlichen" Aspekten verwoben. So etwas wie ein "Körper an sich" existiert nicht. Vielmehr ist ein Körper immer auch gesellschaftlich-kulturell konstituiert und entsteht erst mit dem Blick auf ihn.

Hybride gab und gibt es – nicht allein in Bezug auf den menschlichen Körper - immer schon.[\[3\]](#) Latour verweist jedoch darauf, dass mit der fortschreitenden Moderne die Anzahl der Hybride zunimmt; angesichts immer neuer z.B. technischer Möglichkeiten bilden sie nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel.

Einen ähnlichen Gedanken formuliert Haraway, indem sie auf die Wichtigkeit der Verkörperung

hinweist und die zunehmende gesellschaftliche Verquickung von Mensch, Wissenschaft und Technik betont. In ihren Schriften kritisiert sie die immer schon als dualistische Struktur gedachte Aufteilung in Natur- und Kulturwissenschaften, die das betrachtete Wissensobjekt jeweils in einen der beiden Pole auflöse, gleichzeitig damit aber auch die widerständigen Momente des Körpers eliminiert, weil dieser als vollständig über Natur oder Kultur determiniert beschrieben wird. Haraway betrachtet diese beiden Pole jedoch als notwendig aufeinander Verwiesene. Insofern kann es für sie auch keine reine Naturwissenschaft geben, in der die Wirkungsweise eines Psychopharmakons unabhängig vom Erleben und der Verkörperung des Untersuchten beschrieben werden könnte, denn diese Vorstellung sei bereits ein herrschaftliches Modell. Vielmehr müsse sich „situiertes Wissen [...] das Wissensobjekt als Agent und Akteur vorstellen und nicht als Leinwand oder Grundlage und niemals als Knecht eines Herren, der durch seine Einzigartigkeit und Urheberschaft von objektivem Wissen die Dialektik abschließt“ (Haraway 1995c, S. 93). Die Etablierung solcher neuen Wissens- und Denkformen bezeichnet sie als Neuerfindung der Natur und als Grundlage für emanzipatorische Wissensformen und politisches Handeln.

Entscheidend für diesen Wandel sei die Verkörperung der durch die Wissenschaft beschriebenen Menschen und ihre Einbeziehung in den Prozess der Wissensproduktion: „Wir brauchen die Erklärungskraft moderner kritischer Theorien in der Frage, wie Bedeutungen und Körper hergestellt werden, nicht, um Bedeutungen und Körper zu leugnen, sondern um in Bedeutungen und Körpern zu leben, die eine Chance auf Zukunft haben.“ (Haraway 1995c, S. 79)

Die Wirkung von Psychopharmaka muss also, folgt man Haraway, immer auch als ihre subjektive Wirkung auf die Betroffenen als verkörperte beschrieben, und diese müssen als Akteure innerhalb des Wirkungsraumes begriffen werden. Gleichzeitig begreift Haraway die Beeinflussung des menschlichen Körpers durch Technik durchaus als produktiv. Sie beschreibt, dass der Mensch immer mehr zu einem Wesen werde, an dem die Grenzen zwischen Natur, Kultur und Technik verschwinden und an dem diese Ebenen sich wechselseitig bedingen und erzeugen. Diesen Prozess in der Wissenschaft bezeichnet sie als *Technoscience*, mit dem sich auch die Frage, was natürlich und was künstlich ist, immer weiter auflöse, oder wie es Scheich formuliert:

„Die Implosion der Dichotomien, der Zusammenbruch jener stabilen Trennungen, die kennzeichnend für die Moderne sind, rufen greifbare materielle Krisen hervor. In der Verschmelzung zwischen abstrakt und konkret, global und lokal, von Schöpfung und Technologie sind Mischwesen entstanden, Cyborgs, ihr Lebensraum ist die künstlich-technische Natur, deren Existenz eine epistemologische Neuordnung der Verhältnisse von Wissenschaft und Gesellschaft, von Labor und Lebensweise erzwingt.“ (Scheich 1996, S. 30)

Die dadurch entstehenden Wesen, in denen die Grenze zwischen Mensch und Technik zunehmend verschwindet, bezeichnet Haraway als Cyborg. [\[4\]](#) In ihnen werden die Techniken nicht als etwas äußerliches aufgenommen, vielmehr werden sie in einer Form verinnerlicht, in der die Grenze der Identität von Technischem und Menschlichem im Körper des Menschen verschwindet. In diesem Prozess entstehen für Haraway neue Risiken, aber auch neue Möglichkeiten.

Betrachtet man die Psychiatrie und Pharmakologie in diesem Kontext, erscheint sie nicht mehr allein als medizinisch-technische Disziplinarmacht. Vielmehr setzt sie ihre Vorstellungen zunehmend aus einem hybriden Mix aus pharmakologischer Beeinflussung und dem Glauben an diese zusammen. Die Wirkmächtigkeit von Psychopharmaka liegt also genau in dieser Hybridität: Die Wirkungsweise der chemischen Substanz auf die Neurotransmitter und Rezeptoren im Gehirn ist untrennbar verbunden mit den psychiatrischen Beschwörungen, wie wirksam und hilfreich diese "Medikamente" seien.

Man muss die PsychopharmakanutzerInnen jedoch gleichzeitig als widerständige Körper und AkteurInnen in diesem Prozess begreifen, die sich einem vollständigen Determinismus durch die suggerierte Wirkungsweise von vornherein entziehen.

5. Von der Disziplinierung zur unmerklichen Entfremdung

Zu früheren Zeiten bestimmten ausschließlich verschiedene Disziplinierungstechniken (Zwangsmaßnahmen, Schockverfahren) die Interventionstechnologie der Psychiatrie. Diese waren wesentlich brutaler, hatten jedoch weniger Einfluss auf das Denken und Fühlen. Obwohl sehr gewaltförmig, waren und sind sie dennoch immer als äußerliche Maßnahmen klar erkennbar, die Grenze zwischen "Ich" und Intervention ist greifbar. Die Psychopharmakalisierung hat die Disziplinartechniken nicht restlos ersetzt, denn auch heute wird noch fixiert oder elektrogeshockt. Dennoch liegt die Hauptbehandlung heute in der Verabreichung von Psychopharmaka, durch die die Psychiatrie nun gewissermaßen die Möglichkeit hat, das Denken der Betroffenen direkt zu manipulieren. Von Trotha beschreibt diesen veränderten Zugriff durch Psychopharmaka im Gegensatz zu den Disziplinierungstechniken: "Die körperliche Gewalt (Einsperren, Isolieren, Anschlallen) ist zwar in der Regel ungewohnt, entwürdigend und schmerzhaft, aber insofern erträglich, als sie eine Art von negativer, sinnlicher Erfahrung darstellt, die man in früher Erlebtes oder wenigstens Gehörtes oder Gesehenes einordnen kann. [...] Die chemische Gewalt, die von Neuroleptika ausgeht, ist ungleich destruktiver, da sie extrem unheimliche und verängstigende körperliche Wirkungen hervorruft und die gewohnte Wahrnehmung und das innere Erleben des Betroffenen einschneidend verändert." (von Trotha 1995, S. 186)

Auch die "Enthospitalisierung" der Sozialpsychiatrie setzt voraus, dass die Verrückten ihre "Medikamente" tatsächlich nehmen. Um sie zu dieser Art von Mitwirkung zu bringen, ist es zum einen notwendig, sie davon zu überzeugen, dass sie "krank" sind. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist dann, dass sie an Psychopharmaka glauben, also überzeugt sind, dass diese ihnen helfen, bzw. dass ihnen Schreckliches passieren wird, wenn sie sie nicht nehmen. "Die letzte, psychische Ebene hat für Psychiater die sogenannte »compliance« zur Voraussetzung, die Kollaboration des Psychiatrisierten mit seinem Psychiater. Auf der Basis dieser »compliance« wird die »Krankheitseinsicht« des Betroffenen erzeugt. Wenn der Verrückte anfängt, selber zu glauben, dass er krank ist in einem medizinischen Sinn – was er zu Anfang nie tut –, gilt das dem Psychiater als erster Schritt zur Besserung im »psychotischen« Befinden. Dieser Augenblick bezeichnet exakt die Geburt des »psychisch Kranken« aus dem Geist der Psychiatrie. Der »psychisch Kranke« ist der Verrückte, der sich selbst mit dem irritierten, ablehnenden und erschrockenen Blick seiner Umwelt auf ihn sieht und die psychiatrische Diagnose zum Bestandteil seiner Persönlichkeit macht." (von Trotha 1995, S. 186)

Die Wirkmächtigkeit von Psychopharmaka setzt sich also zusammen aus ihrer Einwirkung auf Stoffwechselprozesse im Gehirn, d.h. der chemischen Veränderung und Manipulation des Denkens und Fühlens, die bis zu irreversiblen Rezeptorenveränderungen führen kann, und der psychiatrischen Heilsbeschwörung, also einer kulturellen Manipulation, die auf das Denken und die Subjektivität der Betroffenen einwirkt. Dabei ist diese Beschwörung der Heilwirkung von Psychopharmaka in unserer Gesellschaft so allgegenwärtig, dass sie zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Denkens geworden ist.

Doch wie sollen sich Betroffene als selbstbestimmt erleben? Generell gibt es keinen an sich psychiatriefreien Raum, psychiatrisches Denken ist in unserer Gesellschaft schon immer gesetzte Kategorie. Wie sehr psychiatrisches Denken den gesellschaftlichen Alltag durchdringt, wird deutlich in der Konfrontation mit Personen, die in irgendeiner Weise aus den gesellschaftlichen Normen herausfallen und "auffällig" sind. Statt sie als zwar auffällig und anders, aber dennoch tolerabel zu begreifen, wird sofort in Kategorien von psychischer Krankheit gedacht, für deren Behandlung die Psychiatrie zuständig sei. Dies drückt sich nicht zuletzt in Äußerungen bzw. Gedanken wie "Du gehörst in die Anstalt!", "Gegen so was gibt es doch Medikamente" aus. Dies wirkt auch stark hinein, wenn Betroffene erwägen, die ihnen verordneten Psychopharmaka abzusetzen.

Dabei gibt es seit der Einführung der neuen, sogenannten atypischen Neuroleptika eine besondere Dynamik. Von den Professionellen werden sie positiv gesehen, darüber hinaus ist ihr guter Ruf auch

in der Breite der Gesellschaft bereits angekommen. Da atypische Neuroleptika häufig weniger offensichtliche Nebenwirkungen (v.a. im Bereich der massiven motorischen Störungen) haben, bieten sie noch einmal wesentlich bessere Möglichkeiten, Betroffene zur Mitwirkung zu bewegen. Nun entfällt scheinbar der Aspekt der unerwünschten Wirkungen und Gesundheitsschädlichkeit, Argumente gegen eine dauerhafte Einnahme, der sich bislang trotz ihrer überwiegend unkritischen Haltung selbst PsychiaterInnen nicht verschließen konnten.

In der Tat entfallen bei der Einnahme von atypischen Neuroleptika viele der von Betroffenen als besonders quälend empfundenen Wirkungen. Allerdings gilt dies nicht für alle Menschen, die Erfahrungen mit den neuen Psychopharmaka gemacht haben. Viele der gesundheitlichen Risiken – verwiesen sei hier u.a. auf Leberschäden und Blutbildveränderungen - die sie mit sich bringen, erinnern an all das, was von den klassischen Neuroleptika bekannt ist. Insgesamt sind sie in ihrer Wirkung jedoch unauffälliger. Menschen, die sie einnehmen, wirken äußerlich oft nicht so gelähmt und zombiehaft wie unter herkömmlichen Neuroleptika, sondern "normaler". Auch, was die Wirkung auf das Fühlen und Denken der Betroffenen angeht, wirken atypische Neuroleptika subtiler, weniger greifbar in ihrem Einfluss. Das hat zur Folge, dass viele Menschen, die sie einnehmen, sich tatsächlich nicht mehr so massiv gedämpft und eingeschränkt, sondern freier fühlen – was angenehm empfunden wird. Andererseits ist eine innerliche Abgrenzung zu den Wirkungen der Psychopharmaka viel schwieriger, was zur Folge hat, dass auch der Hybridcharakter der atypischen Neuroleptika nicht so leicht erkennbar ist. Wenn die Wirkung unmerklicher verursacht wird, verkompliziert sich für Betroffene die Frage, was eigentlich ihr "eigenes" Denken und Fühlen ist und was die Wirkung der eingenommenen Psychopharmaka.

Atypische Neuroleptika geben vielen Betroffenen das Gefühl größerer Freiheit. Sie bleiben dennoch immer eine psychiatrische Interventionstechnologie, denn über ihre Vergabe, z.B. auch über die Entscheidung, ob Betroffene die teureren atypischen Neuroleptika verschrieben bekommen, wenn sie es wünschen, entscheiden die ÄrztInnen. Wo die Grenzen liegen, wird spätestens dann deutlich, wenn es um die Frage des Absetzens geht. Unverständnis und Ablehnung durch Professionelle (und auch Angehörige) können nun argumentativ auch damit begründet werden, dass die neuen Medikamente ausgezeichnet wirken und gleichzeitig gut verträglich seien, so dass es eigentlich keinen Grund mehr geben dürfte, diese Mittel *nicht* einzunehmen. Nichtsdestotrotz empfinden sich die Betroffenen weiterhin als von sich selbst entfremdet.

Propagiert als Möglichkeit für die Betroffenen, wieder ein "normales", eigenständiges Leben zu führen, stellt die Einführung der atypischen Neuroleptika faktisch keine Entpsychiatisierung, keine Überwindung der von Castel formulierten Paradigmen dar. Sie sind eine von außen weniger sichtbare biotechnologische und gleichzeitig kulturell geformte Interventionstechnologie, über deren Einsatz nach wie vor PsychiaterInnen bestimmen. Genutzt werden Psychopharmaka nicht als Substanzen, über deren Einnahme Betroffene selbst entscheiden können, sondern sie werden von Professionellen verordnet. Nicht Betroffene haben als ExpertInnen ihrer selbst die Möglichkeit, das zu wählen, was ihnen aus ihrer Erfahrung heraus am besten hilft, die Macht der Gabe, des Aufdrängens und ggf. des Vorenthaltens verbleibt bei den PsychiaterInnen.

Psychopharmaka und Psychiatrie sind also heute nicht trennbar bzw. werden nicht getrennt - man denke auch an die sogenannte "Rückfallprophylaxe", bei der der lange Arm der Psychiatrie noch jahrelang den Zugriff behält. Wesentlich wird hier mit Angst gearbeitet, mit der Betroffene davon abgehalten werden, die neuen oder alten Wundermittel abzusetzen, sich von ihnen zu befreien. In ihrer Hilflosigkeit angesichts des Wahnsinns greift die Psychiatrie zur "Behandlung" mit Substanzen, welche Angst machende Symptome unterdrücken können. "Rückfälle" sollen nicht zuletzt deshalb in jedem Fall verhütet werden, weil sie das Scheitern der Psychiatrie an ihrem Gegenstand, dem Phänomen der Verrücktheit, deutlich machen.

Lange genug hatte die Psychiatrie wenig Interesse daran, wie sich Betroffene bei der (zwangsweisen) Einnahme von Psychopharmaka fühlten. Die Entwicklung der neueren Psychopharmaka ist dennoch durch ein Gemisch aus gesellschaftlichem und gesundheitspolitischem

Druck, Profitinteresse und Mitleid mit den Betroffenen gefördert worden. Hieran ist allerdings nichts entscheidend Neues zu erkennen. Von jeher ist die Psychiatrie eine ständig sich reformierende Disziplin, Versprechungen und Enthusiasmus angesichts des neuesten Erkenntnisfortschritts bzw. der letzten eingeführten Interventionstechnologie hat es immer gegeben. Und die Pharmaindustrie ist selbstverständlich in der Lage, diese komfortable Position für sich zu nutzen.

Auch der humanistische Antrieb spielt dabei eine wichtige Rolle, denn das Mitleid ist, wie Castel beschreibt, „die ständige Einstellung der Irrenärzte gegenüber den Irrsinnigen“ (Castel 1979, S. 52). Ohne das Mitleid, das den Verrückten neben all dem Erschrecken auch entgegen gebracht wird, hätte die Psychiatrie den gesellschaftlichen Auftrag, den Wahnsinn unter Kontrolle zu bekommen und womöglich zu heilen, nicht erhalten können. Das ändert allerdings nichts an der Beschreibung, dass die Beziehung zwischen den Professionellen und den NutzerInnen auch dort, wo sie nicht überwiegend eine strafende ist, eine Form von Paternalismus, von Bevormundung im öffentlichen Auftrag darstellt.

Nachdem die ersten atypischen Neuroleptika auf den Markt kamen, galten sie sofort als Wundermittel, waren aber so teuer, dass nur wenige sie sich leisten konnten bzw. ihnen ein Umstieg auf diese Präparate ermöglicht wurde. Mittlerweile ist diesbezüglich eine Trendwende erkennbar, die maßgeblich von der Pharmaindustrie initiiert ist. So werden in vielen Kliniken inzwischen fast alle neu aufgenommenen PatientInnen mit den unterschiedlichsten Diagnosen auf die neuen atypischen Neuroleptika eingestellt. Als Hintergrund ist das Sponsoring durch die Pharmafirmen zu nennen, die auf diese Weise an kostenlose ProbandInnen für ihre neuen Präparate kommen und an BeobachterInnen für ihre Medikamentenstudien gleich dazu.

Seit der Entwicklung von Leponex in den 80er Jahren und ihrer massiv durch die Pharmaindustrie vorangetriebenen breiten Einführung in den 90er Jahren bilden die atypischen Neuroleptika das viel beschworene und angepriesene neue Mittel gegen die episodisch auftretenden Formen des Wahnsinns. Dem entsprechend wird auch die Arbeit in den Institutionen, die Verrückte aufsuchen oder in die sie geraten, zunehmend mit den Wirkungen der neuen Psychopharmaka konfrontiert.

Bisher haben wir die Wirkung der neueren Psychopharmaka innerhalb des psychiatrischen Kontextes betrachtet. Doch was passiert, wenn diese Interventionstechnologie, deren Hybridcharakter wir beschrieben haben, auf ein Projekt mit einem antipsychiatrischen Ansatz trifft? Was geschieht, wenn Betroffene, die atypische Neuroleptika einnehmen, einen Ort aufsuchen, der nicht Teil des institutionellen Dispositivs sein will? Wie wirkt es sich aus, wenn der Nutzerstatus tatsächlich ein anderer ist und das Personal nicht aus einem Korpus von "Fachleuten" samt Arzt/Ärztin an der Spitze besteht? Im folgenden wollen wir unsere Erfahrungen aus der Berliner Kriseneinrichtung "Weglaufhaus" beschreiben.

6. Psychiatrische Interventionstechnologie trifft auf Antipsychiatrie – Erfahrungen aus dem Berliner Weglaufhaus

In einer Gesellschaft, die, wie wir beschrieben haben, stark psychiatrisch geprägt ist, kann ein kleines Projekt am Rande Westberlins nicht beanspruchen, ein sozusagen exterritorialer Raum zu sein. Doch handelt es sich tatsächlich um einen Ort, an dem versucht wird, ungewöhnliche Verhaltensweisen so weit wie möglich zu akzeptieren und zu tolerieren. Das Weglaufhaus versteht sich als eine antipsychiatrische Kriseneinrichtung, hier können Menschen in akuten Notsituationen einige Monate lang unterkommen. Dreizehn erwachsene Menschen können in diesem Haus wohnen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie bisher schon öfter in der Psychiatrie gelandet sind, nun aber versuchen wollen, einen möglichst selbstständigen Weg aus dem psychiatrischen Versorgungsnetz hinaus zu finden. Das Projekt, bundesweit bis heute einzigartig, ist aus der Betroffenenbewegung heraus entstanden und seit Anfang 1996 in Betrieb.

Krankheitszuschreibungen wegen psychischer Zustände oder sozialer Umstände finden hier nicht statt, weder werden die Diagnosen, die die Menschen bisher bekamen, erfragt, noch werden neue gestellt. Der Fokus der Hilfe für die Menschen liegt in einer individuellen Problembetrachtung, einer Orientierung an den Zielen, die der/die Betroffene für sich selber aufgestellt hat.

Die Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka ist ein spezielles Angebot im Weglaufhaus. Es hat sich immer wieder erwiesen, dass es sehr sinnvoll sein kann, diesen Prozess in einer vertrauten, eng betreuten Wohnumgebung durchzustehen.

Es wird eine intensive Unterstützung angeboten, rund um die Uhr sind MitarbeiterInnen anwesend, zumeist sind zwei gemeinsam im Dienst.

Da niemand als psychisch krank angesehen wird, brauchen auch keine Elemente von „Behandlung“ oder allzu großer Fürsorge vorgegeben zu sein. Die Gemeinschaft in diesem Haus organisiert sich etwa so wie eine große Wohngemeinschaft, mit dem Anspruch an die BewohnerInnen, ihren Alltag selbstbestimmt zu organisieren.

ÄrztInnen arbeiten nicht in diesem Haus, das heißt, dass konzeptionell die Zuständigkeit von PsychiaterInnen für Verrücktheit abgelehnt wird. Die Einflussphäre des Amtsarztes endet gleichwohl leider nicht an der Haustür des Weglaufhauses. Wer hier wohnt und (noch) Psychopharmaka einnimmt, muss – allein schon des Nachschubs wegen – zu seinem niedergelassenen Arzt hin fahren.

Es wird großen Wert auf Freiwilligkeit und Transparenz gelegt. Was die Freiwilligkeit betrifft: Eingezogen ist man in einer bedrängenden Notlage, unter anderem zumeist Wohnungslosigkeit und die konkrete Drohung einer erneuten Psychiatrisierung, also nicht wirklich freiwillig; ausziehen kann man, wann immer man will; die Hausordnung umfasst möglichst wenig Regeln und vorgegebene Struktur, auch kein Therapieprogramm. Der Grundsatz der Transparenz wird umzusetzen versucht, indem alle Schriftstücke, die über eine/n BewohnerIn existieren, für diese/n jederzeit einsehbar sind, und die Betroffenen an allen Teambesprechungen, soweit es sie selbst betrifft, teilnehmen können.

Ein Charakteristikum des Korpus´ an Fachleuten, wie er sich hier darstellt, ist, dass die Hälfte der MitarbeiterInnen selber psychiatrie-betroffen sind.

Bei unseren BewohnerInnen, die atypische Neuroleptika verschrieben bekommen, ist uns aufgefallen, dass diese Psychopharmaka in einer erstaunlichen Breite der Symptomatik verschrieben werden. Hier unterscheiden sie sich nicht von ihren Vorläufern. Unserem Eindruck nach werden Personen mit den verschiedensten Problemen nun wie selbstverständlich alle mit den wenigen beliebtesten atypischen Neuroleptika – Zyprexa, Seroquel, Solian, Leponex und Risperdal - versorgt. Manche Probleme, wie Verfolgungsgefühle oder Stimmenhören werden im Übrigen auch durch die atypischen Neuroleptika oft nicht beeinflusst oder abgeschwächt.

Ebenfalls von früher, also den Hochzeiten von Haldol oder etwa Neurocil, ist die extreme Spannbreite der Dosierung bekannt. Wir erleben Menschen, die sich mit 2 mg Zyprexa herumquälen oder froh darüber sind, und andere, denen eine Dosierung von 80mg verordnet wurde. Die eine ist auf 15 mg Leponex eingestellt, der andere schluckt jeden Tag 800 mg.

Noch vor zwei, drei Jahren klagten niedergelassene PsychiaterInnen auch im Gespräch mit Weglaufhaus-MitarbeiterInnen, dass sie doch so gerne die weniger belastenden neuesten Medikamente verschreiben würden, ihre Budgets das aber nur in sehr beschränktem Maße zuließen. Mittlerweile ist die große Mehrheit der Personen, die unter Psychopharmakaeinnahme in das Weglaufhaus einziehen, auf atypische Neuroleptika eingestellt, unabhängig davon, ob sie vorher im stationären oder im ambulanten psychiatrischen Bereich behandelt wurden.

Dass die Einnahme, besonders von bestimmten atypischen Neuroleptika als weniger belastend erlebt wird, bestätigten schon einige Bewohner und Bewohnerinnen des Weglaufhauses, die sich erfreut über die neuen Mittel und ihre geringen, bei manchen Leuten kaum überhaupt spürbaren

„Nebenwirkungen“ äußerten.[5] Bei anderen atypischen Neuroleptika ist die Begeisterung dagegen weitaus geringer und die Skepsis stärker, hier wird uns oft berichtet, sie fühlten sich auch nicht anders an als die herkömmlichen Neuroleptika.[6] Unserem Eindruck nach ist jedoch insgesamt eine geringfügige Erleichterung bei Einnahme von atypischen Neuroleptika gegenüber den herkömmlichen Präparaten unübersehbar. Alte wie neue Psychopharmaka wirken individuell sehr unterschiedlich und werden auch bei Einnahme der gleichen Menge des gleichen Präparats sehr unterschiedlich von den Betroffenen erlebt. Erinnert sei hier auch noch einmal auf die Gefahr der Blutbildveränderungen und den oft sträflich nachlässigen Umgang damit von Seiten der PsychiaterInnen wie auch von Betroffenen, die viel zu selten die eigentlich wichtigen Blutuntersuchungen vornehmen lassen. Auch ist die Liste der möglichen „Nebenwirkungen“ bei atypischen keineswegs kürzer ist als bei herkömmlichen Neuroleptika. Auswirkungen der längerfristigen Einnahme wie Toleranzentwicklung, Aufschwemmen des Körpers, Antriebsschwäche treten auch hier regelmäßig auf.

Neben diesen geschilderten Unterschieden bzw. eben auch Ähnlichkeiten zwischen atypischen und herkömmlichen Neuroleptika, ist unser Eindruck vor allem, dass das Absetzen der atypischen Neuroleptika erheblich schwieriger zu sein scheint.

Generell hören Betroffene, die einen Absetzwunsch äußern, fast immer belastende Prophezeiungen durch PsychiaterInnen oder andere ExpertInnen: „Sie müssen das auf jeden Fall einnehmen, sonst erleiden Sie sofort einen Rückfall!“ Dazu kommen die oft alle Hoffnung erstickenden Zeitangaben, man müsse in jedem Fall zwei Jahre, fünf Jahre oder gar lebenslang unter Psychopharmaka verbleiben. Hier hat sich auch bei den atypischen Neuroleptika nichts in Richtung einer kürzeren oder geringer dosierten Einnahme verändert. Die leichter zu ertragenden „Nebenwirkungen“ feuern das Personal im Gegenteil offensichtlich an, mit Aussagen über die lange, lange Notwendigkeit der Medikation nicht zu sparen. Dies kann bei Betroffenen, insbesondere wenn sie schon einmal erfolglos versucht haben, die Psychopharmaka wieder abzusetzen, bis zum Gefühl der totalen Ausweglosigkeit führen.

Psychopharmaka abzusetzen bringt fast immer eine Reihe von praktischen Schwierigkeiten, mit sich: die emotionale Labilität, das Wiederauftauchen von Gefühlsregungen sowie Phantasien und Träumen, mit denen umzugehen man nicht gelernt bzw. verlernt hat. Dazu kommen oft die vielfältigen unangenehmen körperlichen Sensationen bis hin zu einer „Hypersensitivitätspsychose“. All diese Phänomene sind dadurch, dass die atypischen Neuroleptika die Abläufe im Zentralnervensystem so beinahe unmerklich und dennoch erheblich verändert haben, noch schwieriger unter Kontrolle zu bekommen, als dies bei Medikamenten der Fall ist, deren Wirkung man in jedem Moment klar spüren und sehen kann. Wir haben mehrfach erlebt, dass Menschen im Zuge eines vorsichtigen, allmählichen Absetzens von atypischen Neuroleptika sehr abrupt und plötzlich in seltsame Zustände gerieten oder gar im Rahmen ihres Verrücktwerdens massiv ausrasteten. Genau die Tatsache, dass sie beim Absetzen von atypischen Neuroleptika nicht selber spüren konnten, woher diese zunehmende Instabilität kam, verschlimmerte ihre Zustände nur noch mehr. Bei einem gleichzeitigen Abklingen von Schlundkrämpfen und Taubheitsgefühlen in den Fingern, wie es oft beim Absetzen von herkömmlichen Neuroleptika zu beobachten ist, lassen sich Stimmungsschwankungen und Alpträume noch eher einordnen und verkraften. Gerät man jedoch in Verwirrung oder ungewohnte emotionale Lagen, ohne sonst irgendeine Veränderung in sich oder um sich herum feststellen zu können, ist dies schnell sehr quälend. Das bloße Wissen um die nun verringerte Medikamentenzufuhr ist häufig zu abstrakt, um eine gewisse Sicherheit und Orientierung zu geben.

Dazu kommt, dass beim Absetzen von Neuroleptika zwischen der Verringerung der Dosis und den psychischen Veränderungen oft eine gewisse Zeitspanne liegt. Bei den atypischen ist die Gefahr der Destabilisierung erst nach eine Spanne von ein paar Wochen nach der Reduzierung besonders groß. Diese Zeitverzögerung ist für die Betroffenen oft nicht mehr nachvollziehbar und erschwert ihnen die psychische Bewältigung des Absetzens. Bei manchen Präparaten kann man bis zu zwei Monate nach einem Absetzschrift plötzlich einen emotionalen Umschwung, mal Verwirrung, mal

Niedergeschlagenheit, beobachten. Für die Betroffenen ist es selbst mit der intensiven Unterstützung im Weglaufhaus kaum zu schaffen, nach dieser langen Zeit noch zu verstehen, dass der Umschwung etwas mit dem damals eingenommenen Medikament zu tun hat und sinnvolle Konsequenzen daraus zu entwickeln. Es gibt die Möglichkeit, zunächst von atypischen auf ein herkömmliches Neuroleptikum umzusteigen, welches leichter abzusetzen ist. Dieses Vorgehen erhöht jedoch die Anzahl der möglichen Komplikationen und stellt eine hohe Belastungsprobe für die Geduld der PatientInnen dar. Für manche ist das Absetzen vielleicht trotzdem eher auf diesem Weg zu bewältigen.[\[7\]](#)

7. Von der Göttin zum Cyborg

Entzugserscheinungen und Nachwirkungen von Psychopharmaka können den Absetzprozess sehr erschweren. Unserer Erfahrung nach wirkt jedoch oft die Angst vor dem Absetzen ebenso stark in diesen Prozess hinein. Denn das Absetzen von Psychopharmaka wie auch die Einnahme findet real häufig im Kontext ärztlicher Begleitung statt. Glaubt dieser an eine positive Wirkung der Psychopharmaka und versucht, diese den NutzerInnen nahe zu bringen, werden die Betroffenen in ihrer unsicheren Haltung oft noch bestätigt: Indem ihnen einerseits der Nutzen der Psychopharmaka nahegelegt wird, die Betroffenen gleichzeitig aber auf ihren Krankheitsstatus verwiesen bleiben, wird ihnen so immer wieder suggeriert, dass ihnen das Absetzen aus eigener Kraft gar nicht gelingen kann (Rufer 1988).

Es ist immer wieder die Hybridstruktur des Psychopharmakons, die, wenn sie als Einheit von pharmakologischer Blockierung und medizinischem Heilsversprechen wirkt, nicht nur den Erfolg der Einnahme, sondern auch den Misserfolg des Absetzens mit sich bringt, was Rufer wie folgt auf den Punkt bringt: „Wenn der Psychiater bzw. der Arzt gleichsam als verehrter oder gehasster Experte – wie früher ein Priester – die seelische Befindlichkeit der Gläubigen durch seine Aussagen und Verordnungen beeinflussen kann, wenn er ihnen positive Auswirkungen seiner Behandlungen vorzugaukeln vermag, dann gilt dies auch dann, wenn er ihnen kraft seiner Autorität Rückfälle für den Fall des Absetzens der Psychopharmaka voraussagt.“ (Rufer 1998, S. 211)

Das Absetzen des Psychopharmakons ist also wesentlich schwerer, je mehr es als Heiligtum der Psychiatrie funktioniert. Insbesondere atypische Neuroleptika lassen sich als ein neues, sehr wirksames Heilsversprechen beschreiben. Diese wirken, da die äußerlich behindernden unerwünschten Wirkungen ein Stück weit zurücktreten, gleichwohl aber die innerliche Beeinflussung, Lähmung und Entfremdung bleibt, als schwerer zu erkennendes, aber nicht weniger wirksames psychiatrisches Hybrid. Dieses bleibt, eingebunden in einen sich ausdehnenden gemeindepsychiatrischen Kontext, eine Technologie, die die Kontrolle der Betroffenen durch die Psychiatrie auch an der langen Leine ermöglicht.

Dagegen verändert der Kontext einer nicht-psychiatrischen Einrichtung wie dem Weglaufhaus den Spielraum, in dem über die Einnahme oder Nicht-Einnahme von „Medikamenten“ entschieden wird, erheblich. Verständlicher Weise ist das Absetzen, wie wir beschrieben haben, gerade dann enorm erschwert, wenn die Mechanismen der psychiatrischen Beeinflussung nicht hinreichend erfasst werden können, und wenn die Erfahrungen im Umgang mit neuen Mitteln und Mechanismen noch rudimentär sind – und natürlich ist der schützende Rahmen der intensiven Betreuung und der Akzeptanz in der Hausgemeinschaft in jedem Fall eine wesentliche Erleichterung des Absetzprozesses. Doch darüber hinaus können sich Möglichkeiten auf tun, die gerade mit den Vor- und Nachteilen der atypischen Neuroleptika zusammen hängen: Im Austausch mit anderen, MitbewohnerInnen und betroffenen sowie nicht-betroffenen MitarbeiterInnen, können Entfremdungs- und Lähmungsgefühle zunächst besser reflektiert werden; eigene Positionen und eigener Antrieb werden wieder entwickelt. Die eigene Geschichte der Unterordnung unter die Krankheitszuschreibung kann überwunden werden. Das ist kein einfacher, kurzfristiger Prozess, aber die sozialpsychiatrische lange anstelle der früheren kurzen Leine sowie die geringere neuroleptische Dämpfung machen manche Überlegungen und Prioritätensetzungen immerhin

möglich: Wie viel Zeit gebe ich mir, mich von dem „Medikament“ zu befreien? Will ich, z.B. in Krisensituationen, auf bestimmte Mittel zurück greifen? Habe ich Anliegen, für die ich eine/n PsychiaterIn in Anspruch nehmen will? Will ich Bereiche meines selbstständigen Lebens (Wohnen, Arbeit) in den Vordergrund stellen und meine Psychopharmaka-Einnahme danach ausrichten?

Es war uns ein Anliegen aufzuzeigen, wie die Psychopharmaka im Kontext psychiatrischer Neuerungen einen immer größeren und ausgefeilteren Raum bekommen. Mit dem Fokus der Funktion des Psychopharmakons als Hybrid werden dabei u.E. neue Kontrollformen der Psychiatrie sichtbar, aber auch neue Formen der Nutzung der Psychopharmaka deutlich. Denn ein Verständnis der Psychopharmaka als Hybrid lässt diese als etwas erscheinen, was durch die Vermischung von subjektiv-kultureller und chemischer Wirkung außerhalb eines psychiatrischen Kontextes nicht lediglich als Knebel und als Heilsversprechen funktionieren muss, sondern den NutzerInnen neue Wege eröffnen kann, die ihre Selbstbestimmung stärken. Im Sinne Haraways wären solche NutzerInnen Cyborgs, die die bestehenden Grenzen aufzeigen und hinterfragen und Neues denkbar machen, denn:

„Die Cyborg-Vision kann uns einen Weg weisen aus diesem Irrgarten der Dualismen, mit denen wir uns bisher unsere Werkzeuge erklärt haben. Das ist ein anderer Traum einer gemeinsamen Sprache. Er enthält sowohl das Aufbauen wie auch das Zerstören von Maschinen, Identitäten, Kategorien, Beziehungen, Räumen, Geschichten. Ich wäre lieber ein Cyborg als eine Göttin.“ (Haraway 1995a, S. 184)

Insofern schildert die Idee des Cyborgs auch die Möglichkeit, sich jenseits der Dualismen von gesund und krank zu verorten. Die Figur des Cyborgs kann dabei jenem Menschenbild, das die Psychiatrie vertritt, entgegen treten und die Utopie beinhalten, dass man sich einer neuen Technologie nicht umstandslos unterordnen muss. Vielmehr wird hier eine selbstbestimmte Nutzung neuer Psychopharmaka denkbar.

Dass eine solche Nutzung innerhalb eines immer feineren Netzes psychiatrischer Technologien und Heilsversprechen möglich ist, halten wir für ausgeschlossen. Es bedarf dafür der Schaffung neuer nicht-psychiatrischer Frei-Räume, um sich von den Anmaßungen psychiatrischer Suggestionen befreien zu können und so die Götter und ihre Dämonen zu entzaubern.

Viola Balz und Stefan Bräunling sind seit 1999 bzw. 1997 MitarbeiterInnen des [Weglaufhauses Berlin](#). Therese Walter absolvierte im Jahr 2000 ein Praktikum im Projekt.

Verwendete Literatur:

Bruns, Georg (1993): Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Opladen

Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975): Deutscher Bundestag. 7. Wahlperiode, Drucksache 7/42000

Castel, Robert (1979): Die psychiatrische Ordnung. Frankfurt/Main

Conrad, Peter (1983): Die Entdeckung der Hyperkinese. In: Voss (Hg.): Pillen für den Störenfried. München

Haraway, Donna (1995a): Lieber Kyborg als Göttin! In: Monströse Versprechen. Coyote-Geschichten zu Feminismus und Technowissenschaften. Hamburg. S. 165-185

Haraway, Donna (1995b): Ein Manifest für Cyborgs. Feminismus im Streit mit den Technowissenschaften. In: Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen. Frankfurt/Main S. 33-72

Haraway, Donna (1995c): Situiertes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive. In: Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen. Frankfurt/Main. S. 73-97

- Hellerich, Gerd (1985): Hilfe und Herrschaft. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6 (Psychologie), Bd. 158. Frankfurt/Main
- Helmchen, Hanfried / Mueller-Oerlinghausen, Bruno (1978): Klinische Prüfung neuer Psychopharmaka. In: dies. (Hg.): Psychiatrische Therapieforschung. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Berlin/Heidelberg/New York. S. 7-26
- Latour, Bruno (1996): Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Berlin
- Lehmann, Peter, Stastny, Peter & Weitz, Don (1993): Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie. In: Kempker, Kerstin / Lehmann, Peter (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin. S. 449-484
- Saß, Henning / Wittchen, Hans-Ulrich / Zaudig, M. (1994): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV
- Scheich, Elvira (1996): Denken im Kaleidoskop. Zu den Voraussetzungen feministischer Kritik an der Entwicklung moderner Wissenschaft. In: dieselbe: Vermittelte Weiblichkeit. Feministische Wissenschafts- und Gesellschaftstheorie. Hamburg. S. 9-38
- Rufer, Marc (1988): Irrsinn Psychiatrie. Bern
- Rufer, Marc (1995): Glücksspielen. Extasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka. München
- von Trotha, Thilo (1995): Über die Unmöglichkeit, eine »Psychose« zu erfahren, oder, was mir nicht hilft, wenn ich verrückt werde. In: Bock, Thomas u.a. (Hg.): Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn. S. 183-187
-

[1]

Der Begriff der 'Drehtürpsychiatrie' bezeichnet dabei den Sachverhalt, dass die Betroffenen zwar nicht mehr längere Zeit hospitalisiert bleiben, die Einweisung aber immer wieder in regelmäßigen Abständen erfolgt, so dass von einer Enthospitalisierung nicht die Rede sein kann, sondern sie sich zu einem sich ständig wiederholenden Kreislauf von Einweisung und Entlassung entwickelt.

[2]

Helmchen und Mueller-Oerlinghausen geben diesem Gedanken u.E. insofern Recht, in dem sie ausführen, dass subjektive Reaktionen auf die zu prüfende Psychopharmakawirkung deshalb zu eliminieren seien, weil sie die Wirkungsweise so 'verfälschten' und eine 'objektive' Wirksamkeitsprüfung so unmöglich werde.

[3]

Dieser Gedanke lässt sich anhand der Diskussion um Geschlecht beispielhaft nachvollziehen: Nachdem (männlich dominierte) Wissenschaft lange Zeit die "Natur der Frau" definiert hatte, wiesen feministische Forscherinnen durch die Einführung der Begriffe "sex" und "gender" darauf hin, dass auch gesellschaftliche Aspekte wie z.B. Sozialisation die Entstehung von Weiblichkeit bedingen. Wurde hier "sex" noch als biologische Gegebenheit verstanden, so wird mittlerweile untersucht und beschrieben, dass auch das vermeintliche "biologische Geschlecht" immer ein Konstrukt ist, bei dem z.B. Normen und Grenzen kulturell festgelegt sind.

[4]

„Cyborgs sind kybernetische Organismen, Geschöpfe der Science Fiktion und Geschöpfe der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Bis zum Ende des 20.Jahrhunderts sind wir alle Chimären, mythische Zwitterwesen aus Maschine und Organismus, kurz Cyborg.“ (Haraway 1995, S. 165).

[5]

Insbesondere im Falle von Solian und Seroquel haben wir diese Urteile immer wieder gehört.

[6]

Bei Zyprexa und Risperdal überwiegt eher diese Einschätzung.

[7]

Es gibt die Möglichkeit, zunächst von atypischen auf ein herkömmliches Neuroleptikum umzusteigen, welches leichter abzusetzen ist. Dieses Vorgehen erhöht jedoch die Anzahl der möglichen Komplikationen und stellt eine hohe Belastungsprobe für die Geduld der PatientInnen dar. Für manche ist das Absetzen vielleicht trotzdem eher auf diesem Weg zu bewältigen.

Copyright © Viola Balz, Stefan Bränling und Therese Walter