

# Wir halten die Psychiatrie nicht nur für überflüssig, sondern für schädlich!

## Anti-psychiatrische Kritik

*Ulrike Klöppel*

"Ich wache nachts auf, weil ich Sorgen habe. Welche Pille beruhigt meine Gedanken?" Antwort des Experten in der "Bunten Illustrierten" (1991): "Wirkstoff: Fluspirilen [ein Neuroleptikum]. Verschreibungspflichtig. Löst Verkrampfungen, beruhigt die Nerven, macht die Sorgen kleiner. (...) Wer es nimmt: Marilyn Monroe. Sie hatte Versagensängste..." Frage: "Mein Partner hat mich verlassen. Gibt es etwas gegen Liebeskummer?" Antwort: "Wirkstoff: Benzodiazepin, z.B. Rohypnol [ein Tranquillizer] (...) Wer es nimmt: Schauspieler Sylvester Stallone, Sänger Johnny Cash, Verkäuferin Maria, 24, Dortmund: 'Ich nahm die Pille, und plötzlich war mir der verschwundene Mann und der Liebeskummer ganz egal..." (zitiert nach Peter Lehmann "Schöne neue Psychiatrie").

Auch aus feministischen Projekten wie z.B. den Frauenhäusern werden immer wieder Frauen an PsychiaterInnen verwiesen oder in die Psychiatrien abgeschoben. Wie die Planungen zu einer "feministischen Psychiatrie" zeigen, geht eine feministische Perspektive nicht unbedingt mit einer grundlegenden Kritik der psychiatrischen Praxis einher. Es geht lediglich darum, daß die Psychiatrie "frauengemacht und deshalb (!) frauengerechter" ist. Die Distanz zur herkömmlichen Psychiatrie scheint bloß darin zu bestehen, daß statt Männern dort "parteiliche" Frauen arbeiten, die Schutz vor Mißhandlern bieten und sensibel mit Gewalterlebnissen umgehen, Psychotherapie der Psychopharmakavergabe vorziehen, auf die sie aber nicht verzichten möchten. "Dort gibt es dann Diagnosen und Neuroleptika von Frau zu Frau und verschlossene Türen nur zum Schutz vor mißhandelnden Männern. In der Frauen-für-Frauen-Psychiatrie kann schon der Gedanke an Unterdrückung, Zwang, Bevormundung nicht mehr gedacht werden..." (Kerstin Kempker: "Psychiatrie, feministisch. Ein Paradoxon oder: Gibt es ein freundliches Unrechtssystem?" in "junge Welt" vom 4.1.95)

1993 waren unter den 36.355 in Berliner stationären Einrichtungen behandelten "Fällen" 17.038 Frauen, d.h. etwas weniger als die Hälfte (Auskunft des statistischen Landesamt). Allerdings wurde von Untersuchungen berichtet, nach denen 3 bis 4 mal mehr Frauen als Männer ambulant, d.h. auch von niedergelassenen ÄrztInnen, behandelt wurden (nach Ulrike Helwerth in der TAZ vom 6.6.90). Bei Frauen würden bis zu dreimal häufiger als bei Männern Psychodiagnosen gestellt und der Anteil von Frauen an der Verordnung von Psychopharmaka insgesamt liege bei 70% (nach "Schöne neue Psychiatrie" von Peter Lehmann).

"Psychisch Kranken ist nicht anders zu helfen!" – ist eine Behauptung, die nur im Zirkel psychiatrischer Logik funktioniert. Schildert man die psychiatrische Praxis aus anderen Perspektiven – z.B. der Perspektive kritischer Psychiatriebetroffener oder derer, die die herrschende Normalität als beengend und nur allzu oft gewalttätig erfahren – stellt sie sich als eine Folge von unerträglichen Zwängen dar.

Heutzutage wird aus einem Jemand ziemlich schnell ein Problemfall, der dann nur allzuoft durch ärztliches oder psychologisches Attest zum "psychisch Kranken" wird. Spätestens mit dem Attest steht ihr Ausschluß aus dem Kreise der sich ihrer Normalität so gewissen Normalen fest. Aber mit dieser Feststellung ist es nicht getan. Jetzt erst recht heißt es: du hast normal zu werden, oder, wie die ÄrztInnen sagen, psychisch gesund.

Gesundheit gilt gemeinhin als ein unhinterfragbares Gut. Daher verlangt Krankheit in der medizinischen Perspektive nach Behandlung – notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen. Für

die PsychiaterInnen bezeugen alle Äußerungen der "Kranken" letzten Endes nur ihr tiefes seelisches Leid: Eine Behandlung abzulehnen und nicht "krankheitseinsichtig" zu sein, ist für sie bloß ein weiteres Zeichen von Krankheit. Ein positiver Bezug zur Verrücktheit, in dem Verrücktheit nicht von vorneherein als Leiden oder Mangel begriffen wird, ist damit im klassisch medizinischen und therapeutischen Kontext nicht denkbar.

Aufgabe eines psychiatrischen Gutachtens ist es, eine Diagnose zu stellen. Ein geradezu schöpferischer Prozeß, denn Anna O. ist jetzt nicht mehr irgendwer, sondern Hysterikerin oder Schizophrenie oder gar eine multiple Persönlichkeit! Die passende Diagnose wird nach einem Diagnosekatalog ausgewählt (in Deutschland noch bis '98 gültig: "International Classification of Diseases – 9" – es lohnt sich, mal in so einen Katalog hineinzusehen, man entdeckt dort so schöne Dinge wie "Störung mit oppositionellem Trotzverhalten"). Selbst die psychiatrische Wissenschaft weiß inzwischen, daß die diversen Diagnosen die Realität nicht abbilden, sondern die Wirklichkeit in Schubladen zwängen oder vielmehr die spezifische Realität des Schizophrenen, der Multiplen etc. erst produzieren. Das hindert die WissenschaftlerInnen aber nicht daran, weiterhin den "Erfolg" einer "Behandlung" von "Schizophrenie" mit Neuroleptika, den typischen "Krankheitsverlauf" und die durchschnittliche Lebenserwartung "Schizophrener" zu untersuchen. Werden die Ergebnisse solcher Untersuchungen heutzutage auch recht vorsichtig formuliert und wissenschaftsintern scharf kritisiert – in der Praxis sind solche Bedenken nebensächlich. Bei Diagnose Schizophrenie werden routinemäßig Neuroleptika (z.B. "Haldol") verordnet. Da diese sehr häufig "Parkinson" und "Depressionen" verursachen, gibt's gleich noch Anti-Parkinsonmittel und Anti-Depressiva dazu. Damit nicht genug, werden gegen die in Folge all dieser Psychopharmaka auftretenden "Schlafstörungen" Tranquillizer, gegen die Verstopfungen Abführmittel verabreicht. Solche Ketten von Diagnosen, Psychopharmaka und diagnostizierten "Nebenwirkungen" sind absolut üblich.

PsychiaterInnen wissen, daß Psychopharmaka zu verabreichen, auf ein Trial-and-Error-Spielchen hinausläuft. Denn berufen können sie sich nur auf vage Zusammenhänge zwischen verabreichten Präparaten und der "Dämpfung" oder der "Unterdrückung" bestimmter "klinischer Symptome", die bei Menschenversuchen in der Armee, in Irrenanstalten und Knästen festgestellt wurden. Sie können zu ihrem Leidwesen nicht behaupten, daß Psychopharmaka etwa die "organischen Ursachen", die die medizinische Logik ja als verantwortlich für eine "psychische Krankheit" unterstellt, beseitigen würden.

Um die Wirkung des Psychopharmaka-Experiments positiv zu beurteilen, muß man wohl schon den Kennerblick des Psychiaters haben oder übernehmen. Andernfalls läßt sich bloß ausmachen, daß die Psychopharmaka auf den Psychiater beruhigend wirken. Während die, die diese Mittel nehmen müssen, stumpf und gelähmt, nicht mehr klar denken, noch sich bewegen können oder aber im Gegenteil von körperlicher Unruhe umgetrieben und von Ängsten geplagt werden. Zudem haben Psychopharmaka schon bei geringen Dosen oft verheerende "Neben"-Wirkungen: "Häufig kommt es bei der Behandlung mit Haldol-Janssen Decanoat zu Muskelverspannungen und Störungen des Bewegungsablaufs (Zungen-Schlund-Krämpfe, Schiefhals, Kiefermuskelkrämpfe, Blickkrämpfe), zu Störungen wie der Parkinson'schen Erkrankung (Zittern, Steifheit, Bewegungslosigkeit, übermäßigen Speichelfluß)..." heißt es im Beipackzettel des Neuroleptikums. – Obwohl die PsychiaterInnen um die Risiken und Unsicherheiten psychopharmakologischer Behandlung wissen, klären sie ihre PatientInnen so gut wie nie darüber auf. In einer Studie, die von der – psychiatriefreundlichen – Zeitschrift "Sozialpsychiatrische Informationen" (Heft 4/95) "unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung" durchgeführt wurde, gaben 100% der Befragten an, nicht vollständig "über Risiken und Nebenwirkungen von 'Behandlungsmaßnahmen'" informiert worden zu sein. Darüber hinaus ist die Psychopharmaka-Verordnung kein Behandlungs-"Angebot", worüber man "frei entscheiden" könnte. In derselben Studie erklärten 90% der Befragten, bei der Entscheidung unter Druck gestanden zu haben: "Moralischer Druck des Personals, (...) Androhung von Disziplinierungsmaßnahmen waren an der Tagesordnung." Wer dennoch dankend ablehnt, muß oft genug feststellen, daß die "Freiwilligkeit" nur für die Zustimmung zur Behandlung gilt. Sehr schnell

kann es dann passieren, daß man gegen seinen Willen eingesperrt und zwangsbehandelt wird. Diese Entrechtung ist gesetzlich abgesichert: §8 des Berliner "Psychisch-Kranken-Gesetzes" erlaubt bei "Fremd- und Selbstgefährdung" eine "Zwangsunterbringung". Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka, Einschluß auf der Station oder in einem kahlen, womöglich vom Wachraum aus ständig einsehbar Raum, Festschnallen am Bett oder Stuhl und Einsatz von Elektroschocks gehören in Psychiatrien zum Alltag.

Gegen die Ausgrenzung, Entrechtung und Diskriminierung von Verrückten wendet sich anti-psychiatrische Politik. Ihr Ausgangspunkt ist der Schutz verrückter Erfahrungen vor Zwangsbehandlung und das Angebot, Verrücktheit nicht bloß als Störung oder Leiden zu begreifen.

Dabei halte ich es für nötig, nicht aus den Augen zu verlieren, daß Verrücktheit erst durch den Ausschluß bestimmter Verhaltens- und Ausdrucksweisen, Gefühle oder Erlebnisse aus dem Bereich des Normalen entsteht. Die so produzierte Verrücktheit dient dann als Kontrastmittel zur Identitätssicherung der Normalität. Erst in den psychiatrischen, psychologischen und pädagogischen Behandlungsprogrammen gewinnt die Normalität an Kontur, profiliert und reproduziert sich als zu erreichendes Behandlungsziel. Diese Sichtweise soll die Absicht stützen, nicht mit emanzipatorischen Vorzeichen wiederum das zu tun, was das psychiatrische Netz macht: das "Anderssein" des Verrückten festzuschreiben und die sehr unterschiedlichen Ansichten, was es heißt, als verrückt zu gelten, auf den gemeinsamen Nenner einer aus der "Seelentiefe" auftauchenden psychischen Erfahrung zu bringen.

## **Das Berliner Weglaufhaus**

Die Kritik und Ablehnung der Psychiatrie ist das eine. Nicht-psychiatrische und nicht-therapeutische Räume zu schaffen, wo man sich verrückt verhalten kann, und wo Psychiatriebetroffene ihre Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig unterstützen können – das eröffnet die schwierige Möglichkeit, es anders zu machen.

Schon seit längerem gibt es einige wenige politische Gruppen und Selbsthilfe-Organisationen wie die Psychiatrie-Beschwerdezentren, Irrenoffensiven, den "Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener", das "Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen" (FAPI) und den Berliner "Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt".

In Letzterem haben sich seit bald 10 Jahren Psychiatriebetroffene und Nicht-Betroffene für die Schaffung eines anti-psychiatrischen Weglaufhauses eingesetzt. Am 1. Januar konnte das Haus endlich eröffnet werden. Die geräumige Villa ist im ruhigen Frohnau gelegen, hat einen Garten, eine Werkstatt und ein Turnraum sollen eingerichtet werden, es gibt eine Frauenetage. Im Weglaufhaus können obdachlose bzw. von Obdachlosigkeit bedrohte Menschen vorübergehend wohnen, die aus der Psychiatrie weggelaufen sind oder drohenden psychiatrischen Maßnahmen entgehen wollen. Dies ist in Deutschland der erste öffentlich finanzierte Zufluchtsort für Psychiatriebetroffene, wo sie Schutz und Unterstützung finden, ohne daß ihnen ein therapeutisches Konzept verpaßt wird. Im Weglaufhaus kann man verrückt sein, und solange man nicht gewalttätig wird, wird sich nicht so schnell ein Krisenstab versammeln. Rund um die Uhr sind MitarbeiterInnen anwesend, die die BewohnerInnen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen ernst nehmen – z.B. dann zuzuhören, wenn es ihnen gerade wichtig ist, statt dafür Termine auszumachen, oder einfach in schwierigen Stunden bei ihnen zu sein. Allerdings wird Wert darauf gelegt, daß sie Psychopharmaka mit Unterstützung der MitarbeiterInnen und einer vom Weglaufhaus vermittelten ärztlichen Begleitung absetzen wollen. Denn Einrichtungen, an die man sich wenden kann, wenn man Psychopharmaka nehmen will, gibt es genug (z.B. therapeutische Wohngemeinschaften, Übergangwohnheime ...).

Im Weglaufhaus werden die BewohnerInnen darin unterstützt, einen Umgang mit ihren oftmals ungewöhnlichen Erlebnissen und Ausdrucksformen und ihren häufig schrecklichen Psychiatrieerfahrungen zu finden. Ein Umgang, der es ihnen gestattet, im Anschluß an den Aufenthalt im Weglaufhaus nicht (wieder) in psychiatrische Institutionen zu geraten. Dabei kann es

hilfreich sein, daß einige der MitarbeiterInnen eigene Erfahrungen mit Psychiatisierung und Verrücktheit gemacht haben. Weiterhin finden die BewohnerInnen Unterstützung bei der Wohnraumsuche oder dem Erhalt der Wohnung, bei Ämtergängen und bei juristischen, gesundheitlichen, finanziellen und sozialen Problemen.

Das Konzept des Weglaufhauses baut darauf, daß sich die BewohnerInnen nicht nur auf die MitarbeiterInnen beziehen, sondern untereinander austauschen und unterstützen. Den Alltag im Haus sollen die BewohnerInnen selber gestalten. Damit setzt das Konzept einen relativ hohen Grad an Selbständigkeit der Aufnahmesuchenden voraus. Denn weder wollen die MitarbeiterInnen Mama- und Papa-Ersatz sein, noch wollen sie so tun, als wüßten sie besser als die Betroffenen, wo ihre Probleme liegen und was für sie gut ist. Der Unmündigkeit, in die psychiatrisierte Menschen oft getrieben werden, wird mit Aufnahme ins Weglaufhaus die Anforderung entgegengesetzt, sein Leben selber verantworten zu wollen.

Die Anforderung der "Selbstverantwortlichkeit", das sehen auch die MitarbeiterInnen kritisch, ist nicht gerade unproblematisch. Sie ist den herrschenden Normen nicht fern, setzt "Selbstverantwortlichkeit" doch voraus, sich selbst beherrschen zu können oder zumindest einen solchen Bezug zu sich selbst zu unterhalten, daß man registriert, wann man über die Stränge schlägt, fähig ist abzuwägen, ob man die drohenden Folgen in Kauf nehmen und sich gegebenenfalls zurückpfeifen kann. Es bedeutet, sich auf eine Art und Weise kontrollieren zu wollen bzw. zu können, daß man nicht mit den Alltagsregelungen der bürgerlichen Gesellschaft kollidiert.

Der Aufenthalt im Weglaufhaus ist auf höchstens sechs Monate begrenzt, was eine Forderung der Senatsstelle für Soziales war, mit der die Rahmenbedingungen des Weglaufhauses verhandelt wurden. Offensichtlich hat die Berliner Politik bloß Interesse an kurzfristigen "Maßnahmen" zur Erreichung von "Selbständigkeit". Der Tagessatz des Weglaufhauses mit 206 DM/Tag kommt sie letztlich billiger als Krankenhausaufenthalte (ca. 600 DM/Tag), Plätze in Resozialisierungseinrichtungen oder langjähriges Pendeln zwischen Obdachloseneinrichtungen und Psychiatrie.

## **Holländische Weglaufhäuser**

In Holland gibt es bereits seit 15 Jahren Weglaufhäuser in Amsterdam, Utrecht und Den Haag. Ihre Erfahrungen bestätigen, daß für einige Menschen das Leben in den Weglaufhäusern nicht das ist, was sie suchen oder mit dem sie zurechtkommen könnten. Allerdings sind die Bedingungen dort andere als im Berliner Weglaufhaus. Es gibt keine 24-Stunden-Betreuung. Die MitarbeiterInnen sind nur etwa vier Stunden am Tag anwesend. Für den Rest des Tages und für das Wochenende ist zwar ein Bereitschaftsdienst eingerichtet, der aber nur im Notfall genutzt wird. Die Arbeit in den holländischen Häusern wird nicht bezahlt. Das hat zumindest den Vorteil, daß bei Verhandlungen mit der Stadtverwaltung nicht auch noch das Interesse am Erhalt des eigenen Arbeitsplatzes berücksichtigt werden muß. Die Berliner InitiatorInnen hingegen waren nicht gewillt, unbezahlt die Schäden aufzuarbeiten, die die Psychiatrie mit öffentlicher Bezahlung verursacht. Die Entscheidung für bezahlte Arbeit zog dann Stellendefinitionen nach BAT nach sich, von denen einige z.B. nur mit SozialarbeiterIn-Abschluß besetzt werden können. Die ehrenamtliche Beschäftigung in den holländischen Weglaufhäusern bringt es mit sich, daß dort viele Menschen arbeiten, die kaum durch psychologisches oder sozialpädagogisches Wissen vorbelastet sind. Für die Arbeit im Berliner Weglaufhaus sollen solche Kenntnisse ebenfalls nicht im Vordergrund stehen. Sehr wichtig ist dagegen, daß viele MitarbeiterInnen eigene Psychiatrie-Erfahrungen haben.

Ein auffallender Unterschied betrifft den Umgang mit Psychopharmaka. Psychopharmaka abzusetzen, dazu rät in Holland nur noch das Amsterdamer Weglaufhaus – und das auch nicht gerade nachdrücklich. In Utrecht und Den Haag ist es schlichtweg kein Thema. In Berlin soll das anders sein: hier ist die Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka ein wichtiger

Bestandteil des Projekts.

## **Le Coral – ein französisches Projekt**

Außer in den Niederlanden gibt es in Frankreich eine ganze Reihe von (ehemals) anti-psychiatrischen Projekten. Das bekannteste, "Le Coral", ist auf dem Lande in Südfrankreich gelegen. Dieser und ca. 20 weitere "Lieux-de-Vie" (Orte zum/des Leben/s) sind in den 70er Jahren aus den Diskussionen der anti-psychiatrisch interessierten Linken entstanden. Die Diskussionen wurden in Frankreich allerdings vor allem von kritischen Psychiatern, Psychologen und Sozialpädagogen geführt und so gut wie gar nicht von Psychatriebetroffenen.

Der Coral existiert mittlerweile seit 20 Jahren. Die ersten 10 Jahre kam man dort völlig ohne Psychopharmaka und Therapien aus. Die Familie Sigala, die das Projekt ermöglicht hatte, lebte im Coral mit als psychisch krank abgestempelten oder straffällig gewordenen Jugendlichen und einigen FreundInnen zusammen. Finanzielle Unterstützung erhielten sie bloß von den Eltern und SpenderInnen. Erst Ende der 80er Jahre bekam der Coral eine minimale staatliche Finanzierung. Geknüpft allerdings an Auflagen, mit denen sich einiges verändert hat: Inzwischen greift man im Coral in Krisensituationen auf Psychiater und sogar auf die psychiatrischen Anstalten zurück. Zudem geht man nicht mehr besonders kritisch mit Psychopharmaka um und die Einführung von nach Stunden bezahlter Arbeit hat dazu geführt, daß der Alltag eher durch "Erziehungsarbeit" geprägt ist. Es ist, als wäre der Coral des anstrengenden Kampfes, sich gegen die Psychiatrie zu behaupten, müde geworden. Bei aller Kritik, die man heutzutage leicht am Coral aus anti-psychiatrischer Perspektive üben kann, ist er dennoch aus mehreren Gründen ein beachtenswertes Projekt geblieben:

Nach wie vor finden dort verschiedenste Menschen Aufnahme, ehemalige DrogengebraucherInnen z.B., aber auch solche, die häufig genug als "Geistig Behinderte" in Verwahranstalten abgeschoben werden. Das ist nicht zuletzt deswegen möglich, weil man im Coral bis zu drei Jahre lang wohnen kann. Die im Dorf gelegenen zum Projekt gehörenden Appartements erlauben einen schrittweisen Weg in eine Unabhängigkeit vom Coral: wegen der räumlichen Nähe können die BewohnerInnen zum Essen, Arbeiten oder einfach nur, um Gesellschaft zu haben, in den Coral kommen, der etwas außerhalb des Dorfes liegt. In der projekteigenen Pfirsichplantage kann man sich zu einem akzeptablen Stundenlohn Geld verdienen, ohne den üblichen strengen Arbeitsanforderungen unterworfen zu sein. Einige nehmen so den Weg in ein Leben ohne Betreuung, andere wechseln auf die MitarbeiterInnen-Seite. Die meisten bleiben nach ihrem Weggang auf die eine oder andere Weise mit dem Coral in freundschaftlichem Kontakt.

Der Coral hat – wie hoffentlich deutlich geworden ist – ganz andere Möglichkeiten als das Berliner Weglaufhaus. Es bereitet den Berliner MitarbeiterInnen ziemliche Bauchschmerzen, daß sie in einigen Fällen Aufnahmesuchende ablehnen müssen, z.B. weil es ihnen rechtlich untersagt ist, Zwangsuntergebrachte aufzunehmen, sofern deren Unterbringungsbeschluß sich auch mit Unterstützung des Weglaufhauses nicht aufheben läßt. Auch kann nicht aufgenommen werden, wer auf Drogen ist oder trinkt. Und schließlich kommen einige Menschen nicht mit der Anforderung der Selbständigkeit zurecht.

Damit niemand gegen seinen Willen in die Psychiatrie zurückmuß oder auf der Straße sitzt, müssen weitere anti-psychiatrische Projekte – vielleicht in der Art des Corals – entstehen.

*Ulrike Klöppel war von 1996 bis 1998 Mitarbeiterin des [Weglaufhauses Berlin](#).*