

GRIT REUTER

MATR.-NR.: 031800

Hilfreiche Diagnose?

Auswirkungen des psychiatrischen Krankheitsparadigmas auf Individualität und Eigenverantwortung der Betroffenen

*Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin
an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
„Alice Salomon“*

EINGEREICHT IM SOMMERSEMESTER 2007

AM 24.04. 2007

PROJEKTSEMINAR: PSYCHIATRIE, SUCHT UND SOZIALE ARBEIT

ERSTGUTACHTERIN: DIPL. SOZ. HEIKE KÄMEL

ZWEITGUTACHTERIN: PROF. DR. HEDWIG ROSA GRIESEHOP

INHALTVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	4
KAPITEL I : DAS KRANKHEITSPARADIGMA DER PSYCHIATRIE IM WANDEL DER ZEIT.....	9
1. DIE AUSGRENZUNG DER „UNVERNÜNFTIGEN“ IM ZEITALTER DER VERNUNFT	9
<i>Exkurs: „Sprechstundenpsychiatrie“.....</i>	<i>11</i>
2. VON DEN „IRREN“ ZU DEN „KRANKEN“	12
3. EINFLÜSSE DURCH ANDERE THEORIEN.....	17
3.1 <i>Psychoanalyse.....</i>	<i>17</i>
3.2 <i>Sozialdarwinismus</i>	<i>18</i>
4. PARADIGMAKRISE.....	19
4.1 <i>Zweifel am Krankheitsbegriff - Antipsychiatrie.....</i>	<i>20</i>
4.2 <i>Psychiatrie in der Kritik - Sozialpsychiatrie.....</i>	<i>21</i>
5. PARADIGMENWECHSEL?.....	26
5.1 <i>Im Zeitalter der Psychopharmaka – Biologische Psychiatrie.....</i>	<i>28</i>
KAPITEL II: FUNKTION, NUTZEN UND FOLGEN PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN.....	30
1. FUNKTION VON DIAGNOSEN.....	30
2. PSYCHIATRISCHE KLASSIFIKATION.....	31
3. GESELLSCHAFTLICHER NUTZEN DER DIAGNOSTIK.....	34
4. NUTZEN PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN FÜR DIE BETROFFENEN.....	37
<i>Exkurs: Entschuldbar durch Krankheit.....</i>	<i>41</i>
5. PROBLEMATISCHES IM ZUSAMMENHANG MIT PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN.....	42
5.1 <i>Tatsachen oder Interpretationen?.....</i>	<i>43</i>
5.2 <i>Werturteil Diagnose.....</i>	<i>45</i>
5.3 <i>Stigmatisierung und Diskriminierung</i>	<i>46</i>
5.4 <i>Zwischen Hilfe und Gewalt – Zwangsmaßnahmen</i>	<i>50</i>
5.4.1 <i>Vorstellung einer Studie zur Zwangsmedikation.....</i>	<i>53</i>
KAPITEL III: VOM OBJEKT ZUM SUBJEKT – AKTIVES HANDELN STATT PASSIVES BEHANDELN.....	57
1. INDIVIDUALITÄT DES LEBENS.....	58
2. FATALE IMPLIKATIONEN.....	59

3. DIE WAHRNEHMUNG DER BETROFFENEN.....	61
4. MEDIZINISCHE DOMINANZ.....	69
5. VERÄNDERUNG DES SELBSTVERSTÄNDNISSES BETROFFENER.....	75
6. BEEINFLUSSUNG DER EIGENVERANTWORTUNG	78
6.1 <i>Von der Passivität zur Aktivität</i>	81
7. ALTERNATIVEN ZUR PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG.....	84
7.1 <i>Irrsinn macht Sinn - Antipsychiatrische Praxis im Weglaufhaus „Villa Stöckle“</i>	85
SCHLUSSBETRACHTUNGEN.....	93
LITERATURVERZEICHNIS.....	99
ERKLÄRUNG.....	105

„Wenn man einen Zustand mit einem Namen versieht, kann man fälschlicherweise den Eindruck gewinnen, etwas verstanden zu haben, so daß man aufhört nachzudenken und Fragen zu stellen.“ (Kendell 1978 zit. n. Vollmoeller 2001, S.43)

EINLEITUNG

Berlin. Februar 2006. Ein grauer, gepflasterter Weg führt zum Eingangsportal eines Krankenhauses. Neonröhren erleuchten die Gänge. Schilder weisen die Richtung. Psychiatrische Station. Geschlossene Abteilung. Eine große Glastür, rechts davon eine Klingel. Ein paar Leute sind auf dem Gang hinter der Tür und verfolgen neugierig, was vor sich geht. Also klingeln. Warten. Die Tür öffnet sich wie von Zauberhand. „Besuch? Für wen? Ja, da und da geht’s lang, zweimal links, die erste Tür. Schön, dass jemand vorbeikommt.“ Zweimal links, erste Tür, okay. Klopfen. Nichts. Noch mal klopfen. Wieder nichts. Niemand da? Aller guten Dinge sind drei. Also noch mal. Ein leises „ja“. Ah, doch jemand da. Müde Augen blinzeln mich an. Eine junge Frau liegt im Bett. Zugedeckt bis zum Kinn. Zerzauste Haare. Über ihr Gesicht huscht ein winziges Lächeln. Dunkle Ringe zeichnen sich unter ihren Augen ab. „Schön, dass du da bist, nur, ich bin so müde.“ „Soll ich ein andermal wiederkommen?“ „Nein, nein, bleib da, nimm dir erst mal einen Stuhl.“

Die Luft im Zimmer ist stickig, es ist sehr warm. Sie hat Schwierigkeiten, ihre Augen offen zu halten. Ich setze mich neben sie und warte, bis sie langsam zu sich kommt. „Wie geht’s dir?“ Schweigen. Sie schaut mich nur mit glasigem Blick an. Allmählich rappelt sie sich auf. Ich frage noch einmal. Es dauert ein wenig, bis meine Frage bei ihr ankommt. „Beschissen.“ Als sie aufsteht, um sich umzuziehen, fällt mein Blick auf die Gurte an ihrem Bett. Ich frage sie, warum die Gurte an ihrem Bett sind. Sie überlegt eine Weile, erst fällt es ihr nicht ein. „Die sind schon länger da.“ „Warum?“ Sie hat Schwierigkeiten sich zu erinnern. Dann fällt es ihr ein. „Die haben die benutzt.“ Tränen steigen ihr in die Augen. Ein flaes Gefühl breitet sich in meiner Magengegend aus. „Weswegen?“ Sie überlegt, doch es fällt ihr nicht ein. Sie meint bloß: „Ich will die Medis nicht, die sind nicht gut für mich.“ Ich versuche weiter mit ihr zu reden, doch sie scheint in einer völlig anderen Welt. Ihre Bewegungen wirken wie in Zeitlupe, meine Worte vermögen nur schwer zu ihr durchzudringen, es dauert

immer sehr lange, bis sie antwortet. Meist sind es nur wenige Worte, Satzketten. Oft starrt sie mich auch nur an, zu keinem Wort fähig, das Gesicht wie eine Maske.

„Was machst du hier so den Tag?“ Ein erneuter Versuch, sie ein wenig zum Reden zu bewegen. Ich hatte auf dem Gang einen Therapieplan gesehen. „Kannst du bei ein paar Sachen davon mitmachen?“ „Nein ...“

Wieder nur einzelne Worte, Satzketten als Antwort, wenn überhaupt. „Gibt’s denn jemand, der mal mit dir redet?“ „Du!“ „Nein, ich meine Ärzte, Schwestern, Therapeuten.“ Bevor sie es schafft zu antworten, klopft es an der Tür, eine Schwester mit einem Medikamententablett betritt den Raum. Sie meint, wie schön das doch wäre, dass Besuch da ist und fragt, wie es M. geht. Als Antwort erhält sie nur einen müden Blick. Doch die Schwester plaudert munter weiter und sagt, dass es nun Zeit für die Medikamente wäre. M. schaut mich entsetzt und flehend an. Ich streichle ein wenig ihre Hand und rede ihr gut zu. Die Schwester reicht ihr einen kleinen Becher, in dem ich 3-4 verschiedene Pillen erspähe. M. dreht den Kopf zur Seite und Tränen beginnen ihre Augen zu füllen. Die Schwester gibt ihr die Pillen und meint, dass dies doch gar nicht so schlimm wäre, und M. wolle doch auch, dass es ihr wieder besser ginge. Ihr Ton wird allmählich strenger. So rede ich M. weiter gut zu. Ihr rinnen mittlerweile die Tränen das Gesicht hinab. Sie nimmt die Pillen. Die Schwester muss weiter, auf dem Tablett stehen noch etliche der kleinen Becher.

Die Psychiatrie erklärt: „Katatone Schizophrenie“. Behandlung: Medikamente, geschlossene Abteilung, ein paar Therapiegruppen, wenn die Medikamente anschlagen. Einzelgespräche? Vielleicht alle zwei Wochen, der Psychologe ist nur selten da, Geldmangel. Wie lange muss sie bleiben? Erst mal vier Wochen, der Richter hat so entschieden. Es werden mehrere Monate daraus. Dann geht es ihr schlagartig besser. Einige Wochen, bis zu einem „Rückfall“.

Warum diese Geschichte? Psychiatrische Diagnosen und die Vorstellung von sogenannten psychischen Krankheiten sowie die damit verbundene Art der Hilfe sind in unserer Gesellschaft zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Kranke Menschen gehören zum Arzt und/oder in die Klinik. Daran besteht kein Zweifel. Falls doch, spätestens mit der Diagnose des Arztes, die eine Krankheit attestiert, werden alle Zweifel vom Tisch geräumt. Und kranke Menschen haben einen Anspruch auf Behandlung, damit sie wieder gesund werden. Die Diagnose dient u.a. dabei als hilfreiches Instrument, um die Probleme der Betroffenen besser verstehen und für sie bestmögliche Behandlungen entwickeln zu können. Doch ist sie das wirklich? Dieses hilfreiche Instrument? Die Erfahrungen, die ich während des Studiums in meinen

Praktika sammeln konnte und nicht zuletzt die Besuche bei M. in der Psychiatrie, die mich sehr bewegten und von denen ich versuchte, einen kleinen Eindruck zu vermitteln, ließen mich sehr daran zweifeln. Sie gaben mir den Impuls, mich kritischer und distanzierter mit der Psychiatrie, ihren Krankheitsbildern und Diagnosen sowie der angebotenen Art der Hilfe auseinander zu setzen. Während ich in meinem ersten Praktikum im Weglaufhaus¹ fasziniert miterlebte, welche Möglichkeiten sich eröffnen können, verzichtet man auf psychiatrische Begrifflichkeiten und Verstehensweisen, wurde ich in meinem anschließend zweiten Praktikum in der Krisenpension² wieder mit psychiatrischer Diagnostik und der Verstehensweise der Probleme der Betroffenen als sogenannte psychische Krankheit konfrontiert. Doch beide Praktika zeigten mir, wie wichtig es ist, die subjektiven Interessen, Sichtweisen und Bedürfnisse der Hilfesuchenden wahrzunehmen sowie sie als für ihr Leben verantwortliche Personen zu betrachten, um sie angemessen unterstützen zu können. Hilfe zur Selbsthilfe! Eine Ansicht, die mir auch immer wieder im Studium vermittelt wurde. Aber die Begegnungen mit der Psychiatrie hinterließen meist ein anderes Bild. Die subjektive lebensgeschichtliche Situation der Betroffenen verschwand oft hinter ihrer psychiatrischen Diagnose. Alltägliche Probleme, Schwierigkeiten und Sorgen waren lediglich Ausdruck der sogenannten Krankheit und bedurften der Behandlung, vorrangig durch Psychopharmaka. In ihren Wünschen und Entscheidungen wurden die Betroffenen größtenteils nur gemäß der Sichtweise der Professionellen unterstützt. Gegensätzliche Ansichten galten nicht selten als „krankheitsbedingt“.

Diese Beobachtungen führten zum Thema und der Fragestellung „Hilfreiche Diagnose? Auswirkungen des psychiatrischen Krankheitsparadigmas auf Individualität und Eigenverantwortung der Betroffenen“ der vorliegenden Diplomarbeit. Ausgangspunkt meiner Überlegungen ist die These, dass eine psychiatrische Diagnose den Blick auf die Probleme und Schwierigkeiten der Betroffenen verstellt, da diese zu Symptomen einer sogenannten psychischen Krankheit werden und so vielfältige weitere Probleme entstehen können, die bei der Lösung der vorhandenen Schwierigkeiten nicht hilfreich sind und den Weg der „Genesung“ nachhaltig beeinflussen. Diese Annahmen sollen in der vorliegenden Arbeit überprüft werden. Es stellt sich die Frage, inwieweit das psychiatrische

¹ Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ ist eine Kriseneinrichtung für 13 Wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Psychiatriebetroffene Menschen (vgl. ausführlich Kapitel III Punkt 7.1).

² Die Krisenpension ist eine Krisenwohnung für Menschen in schweren seelischen Krisen, die eine Alternative zu einem Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station suchen.

Krankheitsparadigma und der Blick durch die diagnostische Brille Betroffene zu einem Objekt der Behandlung werden lässt, die Entdeckung ihrer Individualität erschwert, sie ihrer Eigenverantwortlichkeit enthebt und ihr Selbstverständnis verändert. Oder anders gefragt: Inwieweit eignen sich das psychiatrische Krankheitsparadigma und die psychiatrische Diagnostik dazu, den Betroffenen eine Möglichkeit der Hilfe anzubieten, die ihre subjektiven Interessen wahrnimmt, sie in ihrer Eigenverantwortlichkeit stärkt und gemeinsam mit ihnen nach einem individuellen Weg aus ihren Schwierigkeiten sucht?

Nicht zuletzt ist auch die Wahrnehmung der Betroffenen selbst ein entscheidendes Kriterium dieser Arbeit, um zu einer Beantwortung dieser Fragen zu gelangen. Wie erlebten Betroffene die Art der Hilfe in psychiatrischen Institutionen? Wurden ihre Bedürfnisse und ihre individuellen Sichtweisen berücksichtigt? Welche Erfahrungen machten sie, nachdem sie eine psychiatrische Diagnose erhielten? Um diesen Fragen nachzugehen und eine mögliche Antwort zu finden, entschloss ich mich, u.a. auf verschiedene, veröffentlichte Erlebnisberichte und Interviews mit Betroffenen zurückzugreifen.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Um die heute noch wirksamen Wurzeln der Psychiatrie erkennen zu können, beginnt das erste Kapitel mit einer historischen Betrachtung der Entstehung des psychiatrischen Krankheitsparadigmas. Es wird die Frage verfolgt, ab wann die damals noch als „Irre“ bezeichneten Menschen in den Bereich von Ärzten gelangten und ihre Schwierigkeiten, Probleme und Leiden den Status einer sogenannten psychischen Krankheit bekamen. Da die Psychiatrie in ihrer gesamten Realität ein sehr vielschichtiges Phänomen ist und es innerhalb des psychiatrischen Bereiches vielfältige kontroverse Positionen gab und gibt, liegt der Fokus auf der Entwicklung und Veränderung des psychiatrischen Krankheitskonzeptes, das eng mit gesellschaftlichen Bewegungen verknüpft ist, die maßgeblich zur Entstehung der Psychiatrie und eines psychiatrischen Paradigmas in Deutschland beigetragen haben.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich eingehend mit den Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Diagnostik und Klassifikation. Während im ersten Teil dieses Kapitels die Funktion sowie der Nutzen psychiatrischer Diagnostik und Klassifikation für die Gesellschaft und die Betroffenen dargestellt werden, betrachtet der zweite Teil verschiedene Probleme im Zusammenhang mit psychiatrischer Diagnostik und beschreibt die negativen Auswirkungen auf die Betroffenen, die durch eine psychiatrische Diagnose entstehen können.

Im dritten Kapitel wird dafür sensibilisiert, wie das psychiatrische Krankheitsparadigma die Individualität und Eigenverantwortung der Betroffenen beeinflusst. Zunächst geraten der psychiatrische Krankheitsbegriff als wesentlicher Bezugspunkt der Diagnostik und die wissenschaftliche Dominanz der Psychiatrie in den Blick, um im Anschluss daran zu untersuchen, wie eine psychiatrische Diagnose das Selbstverständnis der Betroffenen verändern kann. Weitergehend wird die Bedeutung der Eigenverantwortung für die Möglichkeit einer stärkeren Eigenaktivität und Selbsthilfe der Betroffenen herausgearbeitet. Am Ende des dritten Kapitels werden am Beispiel der nichtpsychiatrischen Hilfe im Weglaufhaus „Villa Stöckle“ die im Verlauf der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse konkretisiert. Im Schlussteil der Arbeit werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und ein Fazit formuliert.

Anmerkungen

Betroffenheit bedeutet im Zusammenhang mit dieser Arbeit, eine psychiatrische Diagnose erhalten zu haben. Mit Professionellen oder professionell Helfenden sind Personen gemeint, die eine spezifische Berufsausbildung im helfenden Bereich abgeschlossen haben. Die Verwendung von Anführungszeichen bei psychiatrischen Begrifflichkeiten drückt die Distanz des Autors zu den in der Psychiatrie üblichen Bezeichnungen aus. Mit Rücksicht auf den Textfluss werden Funktions- und Berufsbezeichnungen meist nur in ihrer maskulinen Form genannt.

KAPITEL I : DAS KRANKHEITSPARADIGMA DER PSYCHIATRIE IM WANDEL DER ZEIT

1. DIE AUSGRENZUNG DER „UNVERNÜNFTIGEN“ IM ZEITALTER DER VERNUNFT

„[...] wer sich außerhalb der Grenzen der Vernunft, der Arbeit und des Anstandes stellt, wird im wörtlichen Sinne ausgegrenzt; wer sich der Ordnung entfremdet, wird zum Fremden gemacht; wer am Verstande, dem eigentlich Menschlichen, verarmt, kommt zu den übrigen Armen; wer seiner Animalität zügellos die Freiheit läßt, gehört zu den Tieren und wird wie sie in Käfigen zur Schau gestellt; wessen Ideen und Handlungen exklusiv und fix sind, wird ausgeschlossen und fixiert; und wessen Urteil von der korrekten Übereinstimmung mit der Wirklichkeit verrückt ist, wird in Korrektionshäuser ver-rückt.“ (Dörner 1984, S.187)

Die Vorstellung einer göttlichen Schöpfungsordnung wurde seit dem Zeitalter der Aufklärung durch die Besinnung auf den menschlichen Verstand und die Vernunft in Frage gestellt. Die Gesetze der Vernunft rückten nun in den Mittelpunkt des gesellschaftlichen Zusammenlebens (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.23). Doch der Weg der Vernunft ist ein schmaler Pfad. Alles die Vernunft In-Frage-Stellende wurde als problematisch, störend und gefährlich betrachtet. Die Durchsetzung eines aufgeklärt-absolutistischen Staatswesens und auch merkantilistischer Prinzipien führte dazu, dass immer mehr Zwangshäuser ab dem 17. Jh. entstanden, um die „Unvernünftigen“¹ von der übrigen Gesellschaft abzusondern (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.24). Da nicht alle der „Unvernünftigen“ (im 17. und 18. Jh. betrug die Zahl der „Unvernünftigen“ 10-30% der städtischen Bevölkerung) ausschließlich in Gefängnissen untergebracht werden konnten, aber dennoch den sozialen Frieden bedrohten, begann die Errichtung von Zucht-, Korrektions- und Arbeitshäusern. Kampmann/Wenzel betonen, dass die Internierung der „Unvernünftigen“ nicht einem Heilungsgedanken entsprang. Die „Unvernünftigen“ wurden viel mehr zum Schutze der übrigen Bevölkerung, da sie die öffentliche Ordnung störten, in verschiedene Häuser interniert und teilweise auch per Schiff in Kolonien transportiert (vgl. ebd., S.30). Denn es

¹ Zu den „Unvernünftigen“ zählten vor allem Arme und Irre, aber auch Bettler und Vagabunden, Besitz-, Arbeits- und Berufslose, Asoziale und religiöse Häretiker, Dirnen, Wüstlinge und mit der Lustseuche Behaftete, Alkoholiker, Idioten, Narren und Sonderlinge sowie missliebige Ehefrauen, entjungferte Töchter und unbotsmäßig-verschwenderische Söhne (vgl. Dörner, 1978, S.62f.).

„(...) wurde auch das Irrationale, Unberechenbare, Störende in dem Maße als gefährlich und nach Sicherheit verlangend sichtbar, wie die Gesellschaftsordnung administrativ und ökonomisch rational, rechenhaft und empfindlich gegen Störungen sich organisierte.“ (Dörner, 1984, S.191)

In den zahlreichen deutschen Kleinstaaten entstanden neben Zucht-, Korrekptions-, Arbeits-, Fremden- und Waisenhäusern u.a. auch Narren- und Tollhäuser (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.24). Die Kriterien für die Einweisung in die eine oder andere Einrichtung wurden dabei größtenteils dem Zufall überlassen und variierten stark nach örtlichen Bedingungen. Die Frage, ob die ausgegrenzten Personen schuldig oder krank seien, blieb meist unbeantwortet. Einerseits fehlten objektive Krankheitskriterien, andererseits hatte die Bevölkerung Schwierigkeiten, den Gedanken zu akzeptieren, dass Personen durch die Etikettierung als „Geisteskranker“ für die Unordnung ihres Verhaltens als nicht verantwortlich erklärt werden könnten (vgl. Jervis 1978, S.47f.). So zählten die sogenannten Irren zu den „Unvernünftigen“ wie alle anderen ausgegrenzten Menschen auch. Unter „Behandlung“ der „Unvernünftigen“ verstand man, diese durch Zwang zur Vernunftordnung und Arbeitsmoral zu erziehen. Dieser Zwang beinhaltete brutalste Gewalt und Terror gegen die internierten Menschen. Die Aufgabe der Überwachung und „Behandlung“ der internierten Personen übernahmen Wärter; Ärzte sah man in den Zwangshäusern nicht. Zudem sollte die bloße Existenz von Zwangshäusern sowie die Schaustellung sogenannter Irrer („Narretei“) als Mahnung zur Arbeitsamkeit und der moralischen Belehrung für die übrige Bevölkerung dienen (vgl. Dörner 1984, S.188ff.). Am Ende des 18. Jh. wurde aus ökonomischen und rationalen Gesichtspunkten die undifferenzierte Internierung der sogenannten Unvernünftigen durch eine differenzierte Zuordnung in die einzelnen Zwangseinrichtungen abgelöst (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.31).

Mit der Expansion der Industrie und der Entstehung von Manufakturen stieg der Bedarf an Arbeitskräften enorm. Mit der auf Effizienz ausgerichteten neuen kapitalistischen Produktionsweise begann die Differenzierung der in den Zwangseinrichtungen internierten Menschen nach dem Kriterium der Arbeits- und Freiheitsfähigkeit. Viele Arme setzte man als Lohnarbeiter frei, Kriminelle hingegen galten als zwar arbeits-, aber nicht freiheitsfähig, und verblieben so in den Gefängnissen, in denen sie durch eine verstärkte Arbeitsamkeit ihre Freiheitsfähigkeit zurückerlangen sollten. Die sogenannten Irren wurden zunehmend von den übrigen Insassen der Zucht- und Arbeitshäuser getrennt und in eigenen

Bereichen sowie in für sie speziell errichteten Irrenanstalten, die eher Sondergefängnissen glichen, untergebracht. Dies verschlechterte jedoch den Status der meisten sogenannten Irren, denn im Rahmen der neuen Leistungseffizienz wurden sogenannte Irre, besonders jene, die als völlig arbeitsunfähig galten, mit dem Stigma der sozialen Unbrauchbarkeit behaftet. Auch gab es noch keine verbindliche Auffassung darüber, ob die sogenannten Irren vorwiegend als sozial unbrauchbar und gefährlich oder vorwiegend als arbeitsunfähig und krank anzusehen waren (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.34ff.). Unter Fürsorge verstand man in dieser Zeit laut Jervis *„[...] im wesentlichen ihre [der „Irren“, d.A.] Konzentrierung und Einschließung an isolierten Orten sowie ihre Betreuung und Verwaltung unter Bedingungen, die das nackte Überleben zuließen.“* (ebd. 1978, S.47) Nach wie vor stand ebenfalls in den Irrenanstalten die Funktion der Sicherung der Öffentlichkeit im Vordergrund (vgl. Dörner 1984, S.192). So wurde an damalige internierende Institutionen ein gesellschaftlicher Auftrag zur Wahrung der Sicherheit und Ordnung gestellt, im Zuge dessen die sogenannten Irren verwahrt wurden. Diesen an die internierenden Institutionen gerichteten gesellschaftlichen Auftrag sehen Kampmann/Wenzel als Grundlage, auf dem die Entstehung und Entwicklung der Psychiatrie basiert (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.35). Neben dem heutigen Auftrag der Fürsorge und Heilung hat die Psychiatrie nach wie vor den gesellschaftlichen Auftrag des Schutzes der öffentlichen Sicherheit und Ordnung inne, wodurch sie auch zu einem Instrument der sozialen Kontrolle wird, so dass Professionelle in ein Dilemma zwischen Hilfe und Gewalt geraten können (vgl. Wehde 1991, S.17). In Kapitel II Punkt 5.4 wird auf diese Problematik näher eingegangen.

Exkurs: „Sprechstundenpsychiatrie“

Im Deutschland des 18. Jh. entsteht, wie auch in England und Frankreich, eine sogenannte „Sprechstundenpsychiatrie“, in welcher sich allgemeine Ärzte besonders mit der Behandlung sogenannter Nervenleiden (den heutigen „Neurosen“), wie „Hypochondrie“, „Hysterie“, das „Schlafwandeln“ u.a. beschäftigten (vgl. Dörner 1984, S.196). Vor allem der wohlhabendere Teil der Gesellschaft suchte die Praxen dieser Ärzte auf und es wurde erklärt, dass „Nervenleiden“ nicht mit „Irrsein“ gleichzusetzen seien. Dörner führt dazu an:

„So sehr [...] die Gesellschaft im sogenannten Zeitalter der Vernunft, die Unvernunft des Irreseins – die Manischen und die Narren –, [...], ausgegrenzt und sozial unsichtbar gemacht hatte, so sehr waren doch schon die weniger schweren und individuellen Formen des Irreseins für das aufkommende Bürgertum gesellschaftsfähig geworden [...].“ (Dörner 1978, S.64-65)

Die wohlhabenden „Nervenleidenden“ suchten vor allem in Kurbädern nach Besserung, da den Heilwässern ein beruhigender Effekt zugeschrieben wurde (vgl. Shorter 2003, S.46f.). Shorter weist darauf hin, dass der Großteil der „Erkrankungen“, die heute unter dem Begriff Psychiatrie zusammengefasst sind, zu dieser Zeit im Zuständigkeitsbereich der Allgemeinärzte in der „Sprechstundenpsychiatrie“ und der Ärzte in den Kuranstalten lagen. Die Ärzte in den Anstalten beschäftigten sich, laut Shorter, nur mit einem kleinen Teil der „Erkrankungen“ (jene, die heute unter dem Begriff „Psychosen“ zusammengefasst werden) (vgl. ebd. 1999, S.49).

Obwohl diese Ärzte zahlreiche Theorien entwickelten, war der praktische Einfluss ihres Wirkens in Deutschland, im Gegensatz zu anderen Ländern, eher gering, denn laut Dörner, „ [...] fehlte allzu lange die freie, sich literarisch und politisch ihrer selbst bewusste bürgerliche Gesellschaft, es fehlte das Medium einer kohärenten diskutierenden Öffentlichkeit.“ (ebd. 1984, S.197)

2. VON DEN „IRREN“ ZU DEN „KRANKEN“

Durch eine Manifestierung der literarischen Öffentlichkeit der Bildungsbürger im beginnenden 19. Jh. wurden in Deutschland auch politische und naturwissenschaftliche Fragen breiter auf einer literarisch-philosophischen Ebene diskutiert. Ärzte wie Literaten waren gleichermaßen vom Wahnsinn, der Nachtseite der Seele, fasziniert. Doch das Interesse der ersten Ärzte, die sich intensiv der Unvernunft des Irreseins zuwandten, beschreibt Dörner als literarisch-philosophisch, ohne eine Nähe zu den Irren selbst (vgl. Dörner 1984, S.212f.). Es entstand 1803 durch Johann Christian Reil (1759-1813) eines der damals bedeutendsten Werke, die „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“. Reils „Behandlungsmethoden“ berücksichtigten in hohem Maße ein Heilungsmotiv und waren weniger repressiv und von Zwang gekennzeichnet als bisherige sogenannte Behandlungsmethoden (vgl.

Kampmann/Wenzel 2004, S.70). Laut Dörner lässt man mit Reils Werk allgemein die deutsche Psychiatrie beginnen (vgl. ebd. 1984, S. 218). Reil ist es schließlich auch, der 1808 den Begriff „Psychiatrie“ prägte, den er 1816 zu „Psychiatrie“ verkürzte (vgl. Shorter 1999, S.36).

Reils Werk bewegte zwar die Menschen jener Zeit, doch nicht, wie Dörner beschreibt, zum Handeln sondern zum Philosophieren. Die Irrenfrage blieb in Deutschland lange Zeit folgenlos behandelt, die Praxis in deutschen Irrenanstalten war weiterhin von Grausamkeiten und Repression gekennzeichnet. Die Thematisierung von Vernunft und Unvernunft blieb ein Privileg der Bildungsbürger. Die Lage der sogenannten Irren in den Anstalten blieb unhinterfragt, da keine Notwendigkeit gesehen wurde, die Lage der von der Öffentlichkeit abgesonderten Menschen zu verändern. Es sollte noch viele Jahre dauern, bis Reils Vorstellungen in deutschen Irrenanstalten wenigstens teilweise umgesetzt wurden (vgl. Dörner 1978, S.74; Kampmann/Wenzel 2004, S.45f.).

Erst durch das staatliche und wirtschaftliche Interesse an den Armen, also durch eine Gesundheitspolitik, die nach Dörner eng mit der damaligen Peuplierungspolitik zusammenhing, kam es in Deutschland zu einer Irrenreform und zu einem psychiatrischen Paradigma. Denn im länger als andere Länder merkantilistisch orientierten Deutschland waren Gesundheitsförderung und -erhaltung weiterhin stark an ökonomische Werte gebunden. Im Vordergrund stand die Vergrößerung des Reichtums der Fürsten und damit die Erhaltung und Mehrung der Arbeitskräfte. So bildeten sich verstärkt medizinisch-wissenschaftliche Disziplinen und Institutionen heraus, um eine bessere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können. Durch diese Gesundheitspolitik kam es allmählich auch zu einem Wandel der Funktion der Irrenanstalten. Es begannen die ersten zaghaften Reformen in denen versucht wurde, „Irre“ als teilweise heilbare „Kranke“ zu betrachten, denn die sogenannten Irren sollten nun als „brauchbare“ Mitglieder wieder an die Gesellschaft zurückgegeben und nicht mehr nur abgesondert und verwahrt werden (vgl. Dörner 1984, S.191f. u. S.194f.).

Bedingt durch die Wissenschaftsideologie des 19. Jh. und die großen Erfolge der Medizin begann die Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jh., eine positivistisch medizinische Ideologie und eine vor allem auf die „armen Irren“ bezogene somatisch orientierte Richtung zu verfolgen. Das Problem des Wahnsinns wurde auf einen krankhaften Prozess zurückgeführt (vgl. Jervis 1978, S.50). Diese somatische

Theorie hat dazu beigetragen, dass die Psychiatrie weitgehend dem ärztlichen Fachbereich zugeteilt wurde (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.96).

Das neue medizinisch-positivistische Modell der „Geisteskrankheit“ ließ, laut Jervis, keine Freiräume:

„[...] wie eine Infektionskrankheit rote Flecken auf der Haut hervorrufen kann, so ruft die Geisteskrankheit psychiatrische Symptome hervor. Der Geisteskranke war nicht mehr ein Mensch, der sich abnorm verhielt, sondern nur ein Organismus, der schlecht funktionierte, indem er unkoordinierte Bewegungen, starre Haltungen, Satzbruchstücke, Halluzinationen und Delirien ohne jede Bedeutung absonderte.“ (ebd. 1978, S. 51)

Die „Irren“ , die nun als „Kranke“ betrachtet wurden, waren demzufolge in einer Klinik unterzubringen und zu behandeln und nicht mehr der moralischen-pädagogischen Behandlung in den Irrenanstalten zu unterziehen (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.100).

Die Auffassung, „Irre“ als „Kranke“ zu sehen, vertrat auch der bedeutende Arzt Wilhelm Griesinger (1817-1868). Für Griesinger wie für seine Fachkollegen waren *„für das Irresein die einzigen wichtigen Zeichen die psychischen (Gehirn-) Symptome, weil sie [...] als Sitz der Störung, eben das Gehirn, anzeigen.“* (Griesinger 1861, zit. n. ebd., S.102) Da es zu seiner Zeit verschiedenste, schwer überschaubare praktische Behandlungsmöglichkeiten für sogenannte Irre gab, stellte Griesinger allgemeine Grundsätze auf. 1861 veröffentlichte er ein Lehrbuch, das, laut Shorter, das einflussreichste psychiatrische Lehrbuch der westlichen Welt bis zum Erscheinen des Werkes Ernst Emil Kraepelins (1856-1926) in den 1890er Jahren wurde. Griesingers Anschauung nach sollte zuerst die Entwicklung einer „Krankheit“ beobachtet werden, bevor man dazu überging, ihre Art zu bestimmen. Das Stellen einer Diagnose wurde für Griesinger zu einem der wichtigsten Faktoren in der Behandlung der „Geisteskranken“. Griesinger war es auch, der die Charité in Berlin in zwei Bereiche aufteilte, in eine „Nervenklinik“ für rein neurologische Hirnerkrankungen und eine „Psychiatrische Klinik“ für Krankheiten mit dem primären Erscheinungsbild von „Geistesstörungen“ (vgl. Shorter 1999, S.121f.). Es wurden nach Griesingers Modell Kliniken an zahlreichen Universitäten eingerichtet. Griesinger und die Entwicklungen seiner Zeit gaben den ersten Anstoß zur Anerkennung der Psychiatrie als medizinische Disziplin, die durch Kraepelin erfolgreich weitergeführt und durchgesetzt wurde.

Kraepelins Werk trug dazu bei, dass die Psychiatrie endgültig als Wissenschaft galt (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.170). Kraepelin, der viele Jahre als Arzt in der inneren Medizin tätig war bevor er sich den „Geisteskranken“ zuwendete, entwickelte nach dem Vorbild des medizinisch-naturwissenschaftlichen Modells und nach den Kriterien von Prognose und Symptomatik eine Einteilungssystematik, um die sogenannten Geistesstörungen zuzuordnen. Die klinische Erfahrung wurde zur Grundlage zahlloser Systematisierungsversuche, da für die meisten sogenannten Geistesstörungen keine körperlichen Ursachen gefunden werden konnten. Kraepelin beobachtete stationäre Patienten und entwickelte auf der Grundlage dieser Beobachtungen ein Krankheitssystem und Diagnoseschema. Doch die Lebensbedingungen in den damaligen Anstalten waren katastrophal. Mittlerweile ist erwiesen, dass solche Lebensbedingungen schwerwiegende Auswirkungen auf die Betroffenen haben und zu einem „Hospitalisierungssyndrom“ führen können. Kraepelin beschrieb damit im wesentlichen die „Hospitalisierungsschäden“ seiner Patienten (vgl. Dörner 1975, S.139; Rufer 1993, S.143). Trotz fehlender Beweise für körperliche Ursachen hielt Kraepelin an einer naturwissenschaftlichen Begründung der „Geisteskrankheiten“ fest. So schrieb er 1918:

„Wir wissen, dass sehr häufig die vermeintlich seelischen Ursachen, die unglückliche Liebe, die Misserfolge im Berufsleben, die Überarbeitung, nicht die Erkrankungen erzeugen, sondern aus ihnen hervordachsen, und dass sie ferner oft nur den äußeren Anstoß zum Auftreten anderweitig schon vorbereiteter Störungen geben, endlich, dass ihre Wirkungen überhaupt in hohem Grade von der Veranlagung des Betroffenen abhängig sind.“ (ebd., zit. n. Kampmann/Wenzel 2004, S.180)

Kraepelin unterteilte die „Geistesstörungen“ in drei Hauptgruppen: in „krankhafte Persönlichkeiten“, in „körperlich begründbare Psychosen“ und in „endogene Psychosen“. Die letzte Gruppe, Krankheiten ohne erkennbare, aber doch vermutete organische Ursachen, wurde von ihm in zwei weitere große Gruppen aufgeteilt: in Krankheiten mit einer affektiven Komponente und in Krankheiten ohne eine solche affektive Komponente (vgl. ebd. S.175ff.) Litt der Patient an einer Krankheit ohne diese affektive Komponente (der von Kraepelin so bezeichneten „Dementia praecox“, von Bleuler zu „Schizophrenie“ umbenannt), war, laut Kraepelin, kaum eine Besserung zu erwarten..

„Damit hatte Kraepelin 1899 die beiden schwereren, nichtorganischen (funktionellen) Psychosen – manisch-depressive Erkrankung und

Schizophrenie – an die Spitze der Pyramide befördert, wo sie in nur leicht modifizierter Form bis zum heutigen Tag als Objekt [...] psychiatrischer Forschung geblieben sind.“ (Shorter 1999, S.166)

Diese Klassifikation von Krankheiten in Kraepelins Werk 1899 wurde später zur Grundlage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association, dem noch heute maßgebenden Standardwerk der Psychiatrie (vgl. Shorter 1999, S.165). Auch nach Güse/Schmacke bilden die von Kraepelin verwendeten Begrifflichkeiten noch heute die Grundlage der wissenschaftlichen Sprache in der Psychiatrie.

„Die heute noch geübte Unterteilung psychischer Erkrankungen in definierte Einzelkrankheiten nach dem Vorbild der inneren Medizin ist ohne Kraepelins Arbeiten nicht denkbar, er drückte der Psychiatrie den ‚klinisch-nosologischen‘ Stempel auf. Dabei reicht die Bedeutung der Kraepelinschen Systematik weit über den deutschsprachigen Raum hinaus; [...]. Neben der mehr oder weniger reflektierten und durchweg pragmatisch gemeinten Verwendung der Kraepelinschen Begriffe steht die Auffassung von der relativen Endgültigkeit des Kraepelinschen Systems, verbunden mit der Überzeugung, dass die Entwicklung der Wissenschaft die noch unbegründet gebliebenen Pfeiler des Gebäudes – vor allem für die sogenannten endogenen Psychosen – schließlich bestätigen werde.“ (Güse/Schmacke 1976, S.102f.)

Obwohl das triadische System Kraepelins und das sich später entwickelnde sogenannte Schneidersche Modell, das auf der Einteilung Kraepelins basiert, nach heutigem Wissensstand nicht mehr aufrecht zu erhalten sind, werden sie dennoch angewendet (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.363). Im Lehrbuch der Psychiatrie von Huber (1999) wird beispielsweise das triadische System detailliert vorgestellt und ausdrücklich für eine Verwendung (mit einigen Modifizierungen) plädiert.

Kraepelin forderte auch die Abschaffung von körperlichen Zwangsmitteln bei der Behandlung der sogenannten Kranken. Doch es dauerte noch viele Jahrzehnte, bis es zur allgemeinen Überzeugung kam, körperliche Zwangsmittel, bis auf wenige Ausnahmen, abzuschaffen. Stattdessen führte Kraepelin die Bettbehandlung ein, bei der die sogenannten Geisteskranken über mehrere Tage bis Wochen das Bett hüten sollten, da die „Geisteskrankheit“ als körperliche Krankheit betrachtet wurde und das kranke Gehirn wie jeder andere leidende Teil des Körpers zur Genesung der Ruhe bedürfe (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S. 185). Es etablierte sich ein Klinikalltag, der hauptsächlich durch Visite, Krankenpflege und somatische Behandlungsformen

bestimmt war, die Patienten aus ihrem gewohnten Alltag ausgrenzte und ihnen die Fähigkeit, am Behandlungsprozess mitzuwirken, absprach. Diese „Bettenpsychiatrie“ Kraepelins beeinflusst bis heute den Klinikalltag der Psychiatrie und hat noch immer wesentliche Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Professionellen auf psychiatrischen Stationen. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird dies noch näher dargestellt werden (vgl. Heuck 2003, S.62).

3. EINFLÜSSE DURCH ANDERE THEORIEN

Die Psychiatrie ist seit jeher nicht nur von Medizinern und Naturwissenschaftlern beeinflusst worden, sondern auch von Denksystemen, die nicht aus ihrem Bereich stammen. Im Zeitalter der Aufklärung waren es verschiedenste Philosophen und Dichter, namentlich sei hier Immanuel Kant (1724-1804) erwähnt, die sich mit dem Wesen der Vernunft und Unvernunft auseinandersetzen. Im 20. Jh. sind es vor allem Sigmund Freud (1856-1939), der Begründer der Psychoanalyse, und auch Iwan Pawlow (1849-1936), der Begründer der Lerntheorie, auf deren Erkenntnissen die Verhaltenstherapie basiert, welche die Psychiatrie nachhaltig beeinflussten. Aber vor allem Charles Darwins Theorie der „natürlichen Auslese“ beeinflusste psychiatrische Vorstellungen von „Hilfe“ vor dem 2. Weltkrieg stark (vgl. Berndt 2004, S.4f.).

3.1 Psychoanalyse

Die Theorien Freuds wurden von fast allen Psychiatern Deutschlands erst einmal abgelehnt. Denn seine Theorien wirkten

„derart provozierend auf die medizinisch eingeengte Psychiatrie, dass sie die zahlreichen Gemeinsamkeiten mit Freud nicht wahrnahm, sondern sich ideologisch, auch politisch gegen die Psychoanalyse verhärtete, bis weit nach 1945.“ (Dörner/Plog 1996, S.474)

Güse/Schmacke weisen daraufhin, dass durch Freuds Psychoanalyse sowie auch durch Pawlows Lerntheorien zwar die ersten Anfänge einer Paradigmakrise in der Psychiatrie zu verzeichnen sind, doch diese nicht dazu in der Lage waren, sich gegen die traditionelle Psychiatrie durchzusetzen und ein alternatives Paradigma zu bilden (Güse/Schmacke 1976, S.25f.). Im Laufe der Zeit zogen dennoch vor allem die neueren Modelle von Freuds Schülern (Adler und Jung) immer mehr junge

Psychiater in ihren Bann, da psychoanalytische Behandlungsmethoden erfolgsversprechender schienen als die verwahrende Anstaltsbehandlung (vgl. Berndt 2004, S.12). Doch die Psychoanalyse löste keine Neuorientierung in der Psychiatrie aus, die soziale Frage blieb weiterhin unbeachtet, denn die Psychoanalytiker nahmen sich vor allem, wie schon die Ärzte der „Sprechstundenpsychiatrie“ im 18. Jh., jener Menschen an, die durch ihre finanzielle sowie soziale Situation einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt umgehen konnten (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.211). Zudem beschränkte sich die Psychoanalyse nur auf einen kleinen Teil der psychischen Auffälligkeiten (die sogenannten Neurosen). Für die unterprivilegierten Patienten wurde hingegen die Zwangspanychiatrie beibehalten, da eine psychoanalytische Therapie sehr kostenintensiv und langwierig war (vgl. Jervis 1978, S.56).

3.2 Sozialdarwinismus

Im beginnenden 20. Jh. beeinflussten vor allem sozialdarwinistische Vorstellungen von der „natürlichen Auslese“, bei der ökonomisch Schwache untergehen sollten, weite Kreise der bürgerlichen Schicht, insbesondere Ärzte und damit auch Psychiater (vgl. Berndt 2004, S.11). Das „Kraepelinsche Paradigma“ eignete sich, nach Kampmann/Wenzel, gut um die herrschenden politischen Ordnungsvorstellungen im beginnenden 20. Jh. durchzusetzen, da die Frage nach der konkreten sozialen Situation des „Geisteskranken“ durch die einseitige Somatisierung und durch die Behauptung eines organischen Zusammenhangs ausgeschlossen wurde (vgl. ebd. 2004, S.197). Durch die Annahme, dass sogenannten Geisteskrankheiten eine genetische Bestimmung zu Grunde läge, gab es für viele „Geisteskranke“ keine Aussicht auf Heilung. So schreiben Dörner und Plog zur damaligen Situation:

„Wenn schon keine Therapie und Befreiung des einzelnen Patienten möglich ist, dann wenigstens die staatstragende Therapie und Befreiung der Gesellschaft von den physisch Kranken. So hielten es Kraepelin u.a. schon für einen Fortschritt, möglichst viele psychisch Kranke über das fortpflanzungsfähige Alter hinaus in den Anstalten zu bewahren.“ (Dörner/Plog 1996, S. 470)

Die Vorstellung einer biologisch-genetischen „Minderwertigkeit“ der sozial Schwachen, zu denen auch die sogenannten Geisteskranken zählten, führte schließlich zu der Forderung, dass die Fortpflanzung der „Minderwertigen“ durch

Sterilisation verhindert werden müsse (vgl. Berndt 2004, S.11). Diese Anschauungen gipfelten in Deutschland während der Zeit des Nationalsozialismus in der „medizinischen Endlösung der sozialen Frage“.

„[...] alle Menschen, die gemessen am technischen Produktionsfortschritt nicht mehr ganz gesund, leistungs- und gemeinschaftsfähig waren, sollten medizinisch diagnostiziert, selektiert und – bei Unverbesserlichkeit- medizinisch beseitigt = getötet werden.“ (Dörner/Plog 1996, S.471)

Auch nach dem 2. Weltkrieg blieben das klassische medizinische Krankheitsbild und die Kraepelinsche Schule in Deutschland noch viele Jahre unverändert bestehen.

„Die Zerschlagung des Faschismus hätte einen Einschnitt in der Entwicklung der Psychiatrie bedeuten, hätte zur Reflexion der Ursachen der unvorstellbaren Barbarei führen können und im Bereich der theoretischen Konzepte ein völliges Infragestellen aller bisherigen Ansätze ermöglichen müssen. Nichts dergleichen geschah, zumindest nicht innerhalb des Apparats der etablierten Psychiatrie.“ (Güse/Schmacke 1976, S.24)

Erst Ende der 1960er Jahre kam es zu einer erneuten ernst zu nehmenden Debatte über eine Reform der Psychiatrie in Deutschland (vgl. Güse/Schmacke 1976, S.25; Berndt 2004, S.19).

4. PARADIGMAKRISE

Nicht wissenschaftsinterne Auseinandersetzungen, sondern *„daß [...] psychische Krankheit als ein volkswirtschaftliches und soziales Problem von nationalem Ausmaß in einer bestimmten historischen Situation deutlich wurde“* (Güse/Schmacke 1976, S.27), führten zu einer Krise des traditionellen Paradigmas der Psychiatrie. So kam es zur Suche nach effektiveren Handlungsstrategien gegenüber dem wirtschaftlichen und sozialen Problem der sogenannten psychisch Kranken, die durchaus auch über das medizinische Modell der Psychiatrie hinausgehen konnten. Vor allem Studien aus den USA und dem skandinavischen Raum stellten die bis dahin geltenden Thesen von der Vererbung sogenannter psychischer Krankheiten und deren Endogenität in Frage. Als Folge dieser Forschungen wurden auch psychiatrische Institutionen sowie deren Einfluss auf Erfassung, Diagnose, Behandlung und Prognose von sogenannten psychischen Krankheiten in Frage gestellt. Zudem wurde untersucht, inwieweit die Strukturen der psychiatrischen

Krankenhäuser Einfluss auf die sogenannte Krankheit des Patienten nahm. *„Daraus ergab sich eine vernichtende Kritik der herkömmlichen psychiatrischen Anstalt, die offensichtlich einen Großteil jener Krankheitsbilder schafft, die sie zu therapieren vorgibt.“* (Güse/Schmacke 1976, S.29)

Krankheitssyndrome, wie die sogenannten schizophrenen Defektzustände und paranoid-halluzinatorischen Syndrome, erwiesen sich als Hospitalisierungsschäden (vgl. ebd., S.28f.).

„Hierdurch wurde besonders eindringlich die herrschende, auf Kraepelin zurückgehende psychiatrische Systematik und Nosologie als patientenfeindlich entlarvt, da sie sich wesentlich auf die eben in diesen Anstalten vorgefundenen Kranken, ihre Symptome und ihre Krankheitsbilder stützte.“ (ibd., S.29)

Weitere Forschungen über die Beständigkeit, Verlässlichkeit und Gültigkeit von psychiatrischen Diagnosen folgten, so z.B. 1972 das sogenannte Rosenhan-Experiment¹, das die Zuverlässigkeit psychiatrischer Diagnosen stark anzweifeln ließ.

„Diese Ergebnisse von Forschungen, [...], hatten nun vor allem die Ineffizienz, die systematische Unschärfe, aber auch die Borniertheit und Ignoranz der herrschenden psychiatrischen Theorie gegenüber der sozialen Situation der psychisch Kranken, dem Ablauf ihrer ‚Patientenkarriere‘ und gegenüber den sozialen und sozialpsychologischen Ursachen von psychischer Krankheit zutage gefördert.“ (ibd., S.30)

Infolge der genannten Erkenntnisse kam es zur radikalen Infragestellung des medizinischen Krankheitsmodells (vgl. ebd., S.30). *„In der Meinung, daß die [...] Erstarrung des ‚medizinischen Modells‘ in diesem selbst beruhe, forderten einige Psychiater und viele Sozialwissenschaftler seine völlige Revision.“* (ibd., S.31)

4.1 Zweifel am Krankheitsbegriff - Antipsychiatrie

Der begrifflich radikalste Angriff auf die Psychiatrie erfolgte durch die sogenannte Antipsychiatrie. Die Antipsychiatrie ist eine Bewegung derjenigen, die nicht mehr an eine Reform der Psychiatrie glauben, die die Existenz von sogenannten psychischen

¹ Rosenhan wies in seinem Experiment nach, dass gesunde „Pseudopatienten“, die als einziges psychopathologisches Symptom Stimmenhören simulierten, nicht von „echten“ Patienten unterschieden werden konnten. Bis auf eine Ausnahme wurden alle Versuchspersonen in unterschiedlichen Kliniken mit der Diagnose Schizophrenie aufgenommen (vgl. Vollmoeller, 2001, S.16).

Krankheiten anzweifeln und für eine Verwerfung des Krankheitskonzeptes plädieren (vgl. Finzen 1995, S. 121). Es entstanden theoretische Vorstellungen und auch einige wenige Projekte, die versuchten, der üblichen Psychiatriepraxis eine Alternative entgegenzusetzen (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.3). Als Begründer der Antipsychiatrie werden allgemein die englischen Psychiater David Cooper und Ronald D. Laing genannt, laut Lehmann verdeutlichten sie,

„[...] dass es für psychiatrische Diagnosen keine objektiven klinischen Kriterien gibt und sogenannte Schizophrenien lediglich Versuche sind, unter unerträglichen Familienbedingungen und kapitalistischen Ausbeutungsverhältnissen psychisch zu überleben.“ (Lehmann 2001, o.S.)

Der US-amerikanische Psychiater Thomas Szasz stellt das Krankheitsmodell als Ganzes in Frage. Er schrieb zahlreiche Bücher über den „Mythos Geisteskrankheit“ und bezeichnet die psychiatrische Lehre als größten wissenschaftlichen Betrug dieses Jahrhunderts (vgl. ebd., o.S.).

Bopp macht darauf aufmerksam, dass die Bezeichnung „Antipsychiatrie“ sehr ungenau ist und unter diesem Begriff verschiedenste Vorstellungen und Theorien in einen Topf geworfen werden. Unter den zahlreichen Kritikern war der englische Psychiater David Cooper der einzige, der seine Konzeption „Antipsychiatrie“ nannte, viele andere Psychiater grenzten sich eindeutig davon ab, als „Antipsychiater“ bezeichnet zu werden, auch wenn sie die Psychiatrie scharf kritisierten und in Frage stellten. So nannten beispielsweise die italienischen Psychiater Franco Basaglia oder Giovanni Jervis ihre Konzeptionen „antiinstitutionelle“ oder „kritische“ Psychiatrie (vgl. Bopp 1980, S.10).

Dennoch werden heute radikale Konzepte, die den Krankheitsbegriff verwerfen, unter dem Begriff Antipsychiatrie zusammengefasst (vgl. Finzen 1998, S.44).

4.2 Psychiatrie in der Kritik - Sozialpsychiatrie

Durch die Paradigmakrise der Psychiatrie und Franco Basaglias außerordentliches Experiment der Öffnung einer psychiatrischen Großklinik in Görz/Italien Mitte der 1960er Jahre sowie durch andere verschiedene „68er Bewegungen“, in denen das Thema des „anti-institutionellen Kampfes“ eine große Rolle spielte, kam es auch in Deutschland zum Ende der 1960er Jahre zu einer umfassenden Kritik an der psychiatrischen Versorgung (vgl. Berndt 2004, S.19f.). Vor allem das Personal der Psychiatrie kritisierte die menschenunwürdigen Zustände in den Anstalten stark (vgl.

Kampmann/Wenzel 2004, S.308). Psychiater wie Klaus Dörner oder Asmus Finzen veröffentlichten kritische Literatur, in denen sie ihre Position als „Sozialpsychiatrie“ oder „alternative Psychiatrie“ bezeichneten (vgl. Bopp 1980, S.10). Zum Ende der 1960er Jahre wurde auch die Presse auf die problematischen Zustände in den Anstalten aufmerksam. Kritische Überlegungen zur Psychiatrie fanden nun Einzug in die Öffentlichkeit. Im Zuge dessen kam es am Anfang der 1970er Jahre, auch von Seiten einiger Politiker, zu der Forderung nach grundlegenden Reformen. So gründete sich 1970 der Mannheimer Kreis, eine Vereinigung aller jüngeren und sozialpsychiatrisch orientierten Mitarbeiter (Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter u.a.) der Psychiatrie, aus dem wenig später die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) entstand (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.306ff.). Die leitende These war: *„Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie.“* (ebd., S.308) Die Reformideen beinhalteten Kritik an der realen Versorgungs- und Behandlungssituation, am Arzt-Patienten-Verhältnis sowie auch am traditionellen Krankheitsbegriff, bei dem durch eine Systematisierung der sogenannten psychischen Krankheit aus einem naturwissenschaftlich-medizinischen Verständnis heraus Lebenswelt und Lebensbedingungen des „Kranken“ so gut wie keine Beachtung finden (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.173). Das Interesse der Sozialpsychiatrie gilt vor allem der Bedeutung von sozialen Faktoren bei Verlauf, Ausprägung und Entstehung sogenannter psychischer Krankheiten. „Psychische Krankheiten“ werden als sozialer Prozess verstanden. Aber Sozialpsychiatrie ist, laut Finzen, nicht auf eine bestimmte Vorstellung von der Entstehung sogenannter psychischer Krankheiten festgelegt (vgl. Finzen 1998, S.81; Dörr 2005, S.15). Als Voraussetzung für eine Veränderung in der psychiatrischen Versorgung wurde die Integration sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse von „psychischen Krankheiten“ in die Ausbildung des psychiatrischen Personals gefordert. Im Zuge dessen wurden in Deutschland bis Anfang der 1970er Jahre an Universitäten die meisten Lehrstühle und Abteilungen für Sozialpsychiatrie eingerichtet (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.308; Finzen 1998, S.31). Finzen macht darauf aufmerksam, dass das Jahrzehnt der Psychiatriereform in Deutschland zugleich das Jahrzehnt der Antipsychiatrie war. Auf Grund oberflächlicher Betrachtungen kam es, laut Finzen, oftmals zu einer Vermischung sozialpsychiatrischer und antipsychiatrischer Ideen. Als gemeinsamen Punkt beider Richtungen beschreibt er die Kritik an der bestehenden Psychiatrie, doch gleichzeitig führt er an, dass Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie wie Feuer und Wasser sind, da die erstere eine

Abschaffung des Krankheitskonzeptes wollte und die zweite eine Modifizierung des Krankheitskonzeptes anstrebte (vgl. Finzen 1998, S.41ff.). So werden in der Sozialpsychiatrie die grundlegenden Begrifflichkeiten der Psychiatrie keiner wirklichen Revision unterzogen. Der Krankheitsbegriff bildet weiterhin die Basis sozialpsychiatrischer Interventionen und die Betroffenen werden auch weiterhin als „psychisch Kranke“ betrachtet (vgl. Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.).

Der Begriff Sozialpsychiatrie charakterisiert vor allem auch eine soziale Bewegung, die sich gegen den Ausschluss der „psychisch Kranken“ aus der Gesellschaft, gegen ihre Abschiebung in riesige psychiatrische Anstalten ausspricht und eine Veränderung der psychiatrischen Praxis erreichen möchte, um so eine (Re-) Integration der sogenannten psychisch Kranken in ihr soziales Umfeld zu ermöglichen (vgl. Dörr 2005, S.15).

Auf Grund des öffentlichen Sichtbarwerdens der Lage der sogenannten psychisch Kranken übertrug der Bundestag der 1971 gegründeten „Aktion Psychisch Kranke“, deren Ziele weitgehend mit der der DGSP übereinstimmten, 1972 die sogenannte Psychiatrie-Enquete, eine Untersuchung über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Im 1975 fertiggestellten Bericht forderte die Kommission, dass die psychiatrische Versorgung neu geordnet werden müsse. Die Vorschläge bezogen sich auf gemeindenahere Versorgungsstrukturen. Durch ambulante und halbstationäre Maßnahmen¹ sollten stationäre Behandlungen verkürzt oder überflüssig werden, um eine Ausgliederung des sogenannten psychisch Kranken aus seinem Lebensbereich zu vermeiden. Zudem sollten bei einer stationären Behandlung die personellen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen soweit vorhanden sein, dass die „Krankheit“ auch tatsächlich beeinflusst werden könne, was zu einer Modernisierung vieler Landeskrankenhäuser durch Entstehung von Neubauten führte (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.313f.; Berndt 2004, S.22).

Kampmann/Wenzel halten es jedoch für sehr fraglich, ob bei den Umstrukturierungsvorschlägen in erster Linie die Bedürfnisse der Betroffenen im Vordergrund standen oder ob nicht ökonomische Überlegungen, wie schon vorher in der deutschen Psychiatrie, den entscheidenden Faktor für Veränderungspläne darstellten (vgl. ebd., S. 320ff.).

¹ Dazu zählen: Tageskliniken, Nachtkliniken, Übergangs- und Wohnheime und andere beschützende Wohnangebote, Werkstätten und Rehabilitationszentren sowie auch ambulante Beratungsdienste (vgl. Kampmann/Wenzel, 2004, S.316).

So heißt es 1975 im Bericht der Sachverständigenkommission, dass ambulante Dienste

„[...] entscheidend daran mitwirken [sollen, d.A.], die Hospitalisierungsquote zu senken und die Verweildauer abzukürzen. Der stationäre Dienst soll zukünftig nur für jene Patientengruppe verfügbar sein, die dieser speziellen, aufwendigen und teuren Behandlungsart eindeutig bedürfen“ (zit.n. Kampmann/Wenzel 2004, S.320)

Auf Grund der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete, Veröffentlichungen verschiedener praktizierender Psychiater (Dörner, Finzen, Basaglia u.a.) sowie auf Grund von Erfolgen in anderen Ländern wurde ab 1980 in der BRD die Errichtung von 12 Modellprojekten finanziert (vgl. Berndt 2004, S.22). Bis 1985 sollten so die gemeindenahere Arbeit sowie ambulante und komplementäre Einrichtungen erprobt werden. Dennoch gab es, laut Kampmann/Wenzel, in vielen anderen Regionen oft nur geringfügige Veränderungen. Großkrankenhäuser wurden zwar ab den 1970er Jahren verkleinert (durch die Verlegung „chronisch Kranker“ in Heime, was deren Situation oftmals verschlechterte), doch Kampmann/Wenzel halten fest, dass in den späten 80er Jahren innerhalb der psychiatrischen Versorgung weiterhin psychiatrische Großkrankenhäuser und niedergelassene Nervenärzte die zentrale Rolle spielten. Auch durch die Errichtung stationärer psychiatrischer Abteilungen an Kreiskrankenhäusern, welche die Gemeindenähe gewährleisten sollten, lag dennoch der Fokus weiterhin auf stationärer Versorgung (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, 324ff.). Trotz der Schaffung eines umfassenden Systems der Gemeindepsychiatrie kam es, laut Kampmann/Wenzel, zu keiner grundsätzlichen Umstrukturierung im psychiatrischen Versorgungssystem, *„die hierarchischen Strukturen bestanden in vielen Institutionen praktisch fort“*. (ebd., S.326)

Das neue umfassende System der Sozialpsychiatrie betrachtet Lehmann als eine Verdopplung der Psychiatrie. Er gibt zu bedenken, dass den Betroffenen kaum noch der Ausstieg aus diesem „Komplettsystem“ gelingt. Die Basis dieses neuen Systems sieht er in der fortschreitenden Entwicklung von Psychopharmaka, deren „Wirkungsweise“ er in zahlreichen Büchern und Aufsätzen scharf kritisiert (vgl. Lehmann 2001, o.S.). Auch Finzen schreibt, dass die Orientierung zu nur kurzfristigen Aufenthalten in psychiatrischen Anstalten erst durch die Einführung von Psychopharmaka ermöglicht wurde (vgl. Finzen 1998, S.28).

Kampmann/Wenzel sehen das neue System der ambulanten Versorgung als sehr begrenzt und fragwürdig an; es liegt zwar sicherlich im Interesse der Menschen,

nicht mehr unter menschenunwürdigen Verhältnissen in psychiatrischen Großanstalten leben zu müssen, doch

„[a]mbulante Versorgung findet nur dann unter Vermeidung stationärer Aufenthalte statt, wenn der betreffende Mensch (im derzeitigen Wortlaut von Vertretern der Psychiatrie), genügend ‚Compliance zeigt‘ [...], also die ihm verordneten Psychopharmaka in der festgelegten Weise einnimmt, seine ‚Symptomatik stabil‘ bleibt und das ‚in ihm‘ ablaufende Krankheitsgeschehen keinen neuen akuten Schub aufweist. Dies bedeutet, dass die rein stationäre, wegschließende Versorgung sogenannter psychisch kranker Menschen, also die Isolation ‚störender‘ Menschen, deshalb z.T. entbehrlich geworden ist, da heute die Psychopharmaka die betreffenden Menschen davon abhalten, ‚Sicherheit und Ordnung‘ zu ‚stören‘. Fügt sich der betreffende Mensch jedoch nicht in diese chemische Unterbindung seines ‚Störens‘, so sind erneut die stationären Mauern das Mittel der Wahl [...].“ (Kampmann/Wenzel 2004, S.323)

Die Blütezeit der praktischen Sozialpsychiatrie endete – nach der Klinifizierung der Anstalten, der Errichtung neuer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern und nach der Entstehung sozialpsychiatrischer Dienste – , laut Finzen, in den späten 1980er Jahren.

„Seither ist, wie das in der Psychiatrie eigentlich normal ist, wieder sparen angesagt. Es gilt, das Erreichte zu verteidigen. Das Zauberwort ist Qualitätssicherung, das in der defensiven Anwendung nicht mehr sozialpsychiatrisch, sondern technokratisch verstanden wird. Es geht um ‚Prozeßqualität‘, nicht um die Qualität der Beziehungen; und wo es um Lebensqualität geht, die es zu bewahren gelte, ist auch die fast immer technisch gemeint.“ (Finzen 1998, S.31)

Den starken Einflussverlust der Sozialpsychiatrie führt Finzen auf deren wissenschaftliche Situation zurück. Anfang der 1990er Jahre hatte sich die Sozialpsychiatrie

„eingegraben [...], keine Visionen mehr [...], beklagte sich über das angebliche Roll Back der biologischen Psychiatrie. Sie fing an, sich selbst leid zu tun, und hörte auf, eine Macht zu sein, die von anderen Richtungen der Psychiatrie ernstgenommen wurde.“ (ebd., S.33)

5. PARADIGMENWECHSEL?

Zweifelsohne hat sich die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten enorm verändert, so dass sich bis heute ein umfangreiches, mulidisziplinäres und multiprofessionelles psychosoziales Versorgungssystem entwickelt hat, das für verschiedene Theorien und Praktiken offen ist (vgl. Hellerich 2003, S.126). Im Zuge der Reform der Psychiatrie und der Entstehung sozialpsychiatrischer Einrichtungen kam es zur Notwendigkeit, auch Sozialarbeiter in die Betreuung (weniger in die „Behandlung“) sogenannter psychisch kranker Menschen mit einzubeziehen, wodurch die medizinische Einseitigkeit der Psychiatrie verringert werden konnte (vgl. Berndt 2004, S.25; Dörner et. al. 2002, S.502). Einen wesentlichen Beitrag zu einer veränderten Sichtweise und einem veränderten Umgang mit sogenannten psychisch Kranken haben auch Selbsthilfeinitiativen Betroffener und ihrer Angehörigen beigesteuert. Eine weitere Berufsgruppe, die mittlerweile fester Bestandteil der Psychiatrie ist, sind Psychologen und Psychotherapeuten, obwohl die Entwicklung der modernen Psychotherapie die Reformen der Psychiatrie nur indirekt beeinflusst hat. Berndt betont, dass Psychiatrie und Psychotherapie bis heute einen sehr unterschiedlichen Umgang mit den „psychisch Kranken“ haben. Auch wenn verschiedenste psychotherapeutische Maßnahmen, wie Beschäftigungs-, Sport-, Gesprächs- und Musiktherapie u.a., Einzug auf psychiatrischen Stationen gefunden haben, ist besonders in diesem Bereich der psychiatrischen Versorgung nach wie vor eine medizinische Dominanz zu verzeichnen, die sich u.a. in der vermehrten Vergabe von Psychopharmaka zeigt (Dörner et. al. 2002, S.503; Berndt 2004, S.25 u. 28).

„Im Zweifelsfalle erscheint ihm [dem Psychiater, d.A.] die medikamentöse Behandlung sicherer als die psychotherapeutische, denn der Erfolg der Behandlung ist hier eher und vor allem schneller messbar als bei psychotherapeutischen Verfahren.“ (Berndt 2004, S.25)

Mit der Reformpsychiatrie kam es auch zu einer Trennung in der Versorgung sogenannter Akutkranker und sogenannter chronisch psychisch Kranker. Durch diese Trennung verschlechterte sich jedoch die Lage der „Chroniker“, da die Versorgung in den Heimen, in denen „Chroniker“ untergebracht werden, nach wie vor nicht angemessen ist (vgl. ebd., S.26).

Um von einer einseitigen medizinischen Betrachtung „psychischer Krankheiten“ Abstand nehmen zu können, entwickelte sich mit der Reformpsychiatrie und der Einführung der Allgemeinen Systemtheorie in die Medizin eine multifaktorielle

Betrachtungsweise „psychischer Erkrankungen“. Lange Zeit herrschte in der Psychiatrie das medizinische Modell sogenannter psychischer Erkrankungen vor, das jedoch Kritik erfuhr, da psychische und soziale Bedingungen zum größten Teil ausgeklammert wurden. Der multifaktorielle Ansatz hingegen soll bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten neben somatischen Faktoren auch psychische und soziale Faktoren berücksichtigen.

Es wird davon ausgegangen, dass allen sogenannten psychischen Krankheiten eine „Disposition“ oder auch „Vulnerabilität“ zu Grunde liegt, die aus der Veranlagung (insbesondere genetischen Belastungen) und der Entwicklungsgeschichte eines Menschen resultiert. Belastende Umwelteinflüsse werden in erster Linie als Auslöser „psychischer Erkrankungen“ gesehen, durch welche die Disposition wirksam wird und die sogenannte Krankheit ausbricht (vgl. Stark 1997, S.86; Rahn/Hunold 2000, S.27).

„Dabei bestimmt die Disposition die Art der Erkrankung, die Belastungssituation den Beginn der Erkrankung.[...] Die Art der Erkrankung wird damit durch die individuelle Schwachstelle eines Menschen bestimmt, die bei besonderen Belastungen dazu führt, dass die aktuelle Situation nicht mehr gemeistert werden kann.“ (ebd., S.27) „Auslösebedingungen sind damit ein Hinweis auf die Disposition, also eine ‚Schwachstelle‘ des Individuums. [...] Selbst die posttraumatische Belastungsstörung lässt sich nicht allein auf das Trauma zurückführen.“ (ebd., S.53)

An dieser Stelle wird jedoch deutlich, dass trotz neuer Begrifflichkeiten, wie „multifaktoriell“, „Vulnerabilität“, „Disposition“ u. ä., Umwelteinflüsse und soziale Bedingungen nur eine untergeordnete Rolle spielen, da sie zwar den Verlauf der sogenannten Erkrankung beeinflussen, aber keine zentrale Bedeutung gewinnen. In erster Linie wird von „eine[r] vermutlich biologisch bedingte[n] Anfälligkeit für die Erkrankungen“ (Stark 1997, S.88) ausgegangen, zu welcher unspezifische Stressfaktoren kommen, die sich vor allem auf Prognose und Verlauf auswirken, aber weniger als Ursache gesehen werden (vgl. ebd., S.88). Auch die Problematik unserer Gesellschaft, ihre Widersprüche und Missstände können somit nicht die Ursache für die Entstehung sogenannter psychischer Krankheiten sein. Trotz der fatalen Folgen im dritten Reich wird weiterhin von einer zumeist genetisch bedingten Disposition ausgegangen. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass trotz der neuen multifaktoriellen Betrachtungsweise in der gegenwärtigen Psychiatrie eine biologische Dominanz und medizinische Denkweise sowie ein darauf beruhendes

Krankheitsverständnis zu verzeichnen sind, wobei das Psychische und Soziale eher „Beiwerk“ darstellt und so in der Psychiatrie kein wirklicher Paradigmenwechsel stattgefunden hat, zumal die sogenannte biologische Psychiatrie in den letzten Jahren wieder vermehrt an Einfluss gewonnen hat (vgl. Eikelmann 1997; Finzen 1998; Hellerich 2003; Heuer/Schön 1997; Kampmann/Wenzel 2004; Rufer 2001).

5. 1 Im Zeitalter der Psychopharmaka – Biologische Psychiatrie

Schon seit dem Anfang der 1970er Jahre kam es zu einem Aufschwung der sogenannten biologischen Psychiatrie, die sich mit der Klärung genetischer, neuropathologischer, neurophysiologischer und neurochemischer Fragen auseinandersetzt. Diesen Aufschwung schreibt Finzen den Erfolgen der biologischen Psychiatrie in der „Behandlung“ der sogenannten psychisch Kranken durch Psychopharmaka zu, aber auch der Krise der Psychoanalyse sowie den Sparmaßnahmen für Sozialprogramme, einschließlich medizinischer und psychiatrischer Dienste (vgl. Finzen 1998, S.63; Kampmann/Wenzel 2004, S.334). Durch die Fortschritte von Biochemie, Neurobiologie und Molekulargenetik ist die Einbeziehung der sozialen Aspekte in der Psychiatrie zugunsten biologischer Aspekte weit in den Hintergrund getreten (vgl. Finzen 1998, S.61). Auch Eikelmann macht darauf aufmerksam, dass gegenwärtig biologische Theoreme die wissenschaftliche Diskussion in der Psychiatrie fast komplett beherrschen und dem sozialpsychiatrischen Denkansatz nur noch wenig Beachtung geschenkt wird (vgl. ebd. 1997, S.1f.).

Rufer benennt die Psychopharmakologie als Auslöser für eine Orientierung der Psychiatrie hin zur biologischen Tradition der Medizin. Er weist jedoch auch darauf hin, dass Psychopharmaka Symptome nicht beseitigen, sondern diese lediglich unterdrücken und dass sie nicht dazu in der Lage sind, die Ursache(n) der „Krankheit“ auszuschalten. Die Wirkung von Psychopharmaka, wie Müdigkeit, Dämpfung des Gefühlslebens, Beeinträchtigung des Gedächtnisses u.a., sind ebenso bei „psychisch gesunden“ Menschen zu beobachten, die diese einnehmen (vgl. Rufer 2001, S.225f.).

„Doch von der nicht gesicherten therapeutischen Wirkung der Psychopharmaka ausgehend werden dennoch mit Nachdruck und viel Enthusiasmus Vermutungen und Hypothesen über die biologische Natur von psychischen Störungen in die Welt gesetzt. Mit der Folge, dass die

Psychiaterinnen ihr Fach nun als ernst zu nehmende medizinische Disziplin betrachten.“ (Rufer 2001, S.227)

Auch durch die Fortschritte in der Gentechnologie fingen biologisch orientierte Psychiater wieder vermehrt an, sich mit der Vererbbarkeit sogenannter psychischer Krankheiten zu beschäftigen. Man stützte sich auf Erkenntnisse aus Zwillingsstudien, die angeblich darauf hinwiesen, dass Defekte im Gehirn selbst einen wesentlichen Anteil an sogenannten psychischen Krankheiten haben würden, unabhängig von sozialen oder gesellschaftlichen Bedingungen (vgl. Shorter 1999, S. 369). Rufer weist jedoch in seinem Beitrag „Verrückte Gene“ in „Statt Psychiatrie“ nach, dass sich die Ergebnisse der Zwillingsstudien nicht mehr wissenschaftlich rechtfertigen lassen, da sie u.a. gefälscht und zu Gunsten der Vererbbarkeit sogenannter psychischer Erkrankungen ausgelegt wurden. Dennoch wird weiterhin hartnäckig am Glauben von der Vererbbarkeit „psychischer Krankheiten“ festgehalten (vgl. Rufer 1993, S. 141ff.).

Durch die Fixierung der Psychiater auf die biologischen Aspekte sogenannter psychischer Krankheiten werden, wie schon Finzen und Eikelmann feststellten, auch, nach Rufer, psychosoziale Ursachen von den Psychiatern kaum noch wahrgenommen (vgl. Rufer 2001, S.227).

„Damit wird die biologische Psychiatrie [...], die sich mit der Aufklärung der biologischen Ursachen, der Diagnose und der biologischen Behandlung der Geisteskrankheiten befasst, langsam aber sicher zur eigentlichen Psychiatrie.“ (ebd., S.227)

KAPITEL II: FUNKTION, NUTZEN UND FOLGEN PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN

1. FUNKTION VON DIAGNOSEN

Der Begriff der Diagnose kommt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich Entscheidung oder Urteil (vgl. Pschyrembel 2004, S. 394). Erst im 18. Jh. wurde im Zuge der Entwicklung der Medizin zu einer Wissenschaft auch der Begriff der Diagnose eingeführt. Diagnostizieren kann man, laut Dörner, etwa mit Durchschauen übersetzen.

„Erscheinungen, die dem Patienten zugänglich sind – subjektive Beschwerden (z.B. Schmerz) und objektive Befunde (z.B. Hautrötung)–, werden von Medizinern durchschaut und als Symptom kausal auf einen zugrundeliegenden Krankheitsprozeß zurückgeführt, [...]“ (Dörner 1975, S.138)

Diagnostik ist demnach ein Erkenntnisprozess, bei dem von den sogenannten Symptomen, also den Kennzeichen bzw. Merkmalen einer Krankheit, typische Abläufe und Krankheitseinheiten abgeleitet werden. In der psychiatrischen Diagnostik sollen zumeist Verhaltens- und Gefühlsmerkmale als Symptome einer zu Grunde liegenden Krankheit von dem Diagnostiker erkannt werden. Welche dieser Merkmale als Symptome einer bestimmten Krankheit anerkannt werden, hängt dabei vom jeweiligen Stand des medizinischen Wissens ab und von dem der Diagnose zu Grunde liegenden psychiatrischen Klassifikationssystem (vgl. Watermann/Krausz 1997, S.101). Das Ziel der Diagnostik ist das möglichst genaue Erkennen und Abgrenzen einer Krankheit, festzulegen, wie viele Arten von sogenannten Krankheiten es gibt, die Merkmale dieser Krankheiten erkennen zu können, die Länge der sogenannten Krankheit voraussagen sowie zu entscheiden, welche Behandlung am meisten Erfolg verspricht (vgl. Bourne/Ekstrand 1991, S.451; Schneider/Schüßler 1993, S.28). *„Der Arzt bzw. die Ärztin muß wissen, womit er es zu tun hat, sonst kann er nicht behandeln. Eine Diagnose sagt dem Arzt, was er zu tun hat.“* (Watermann/Krausz 1997, S.102)

Die Diagnostik entspricht auch dem allgemeinen Bedürfnis der Menschen, durch Einordnen, Klassifizieren und Systematisieren in einem solchen Bereich eine gewisse Ordnung zu erhalten und dient der einfacheren Verständigung unter Professionellen und auch der Verständigung zwischen Arzt und Patient, da, laut Watermann/Krausz, die Diagnose als Kurzformel lange Beschreibungen ersetzt (vgl. ebd. S.103; Dörner 1975, S.138f.). Weitere entscheidende Funktionen haben

Diagnosen bei der Planung im Gesundheitswesen sowie bei der Abrechnung der Behandlungen durch die Krankenkassen (vgl. Watermann/Krausz 1997, S.103).

Das Verfahren der Diagnostik aus der Medizin wurde von Psychiatern, laut Dörner, nicht ohne Grund auch auf die Psychiatrie übertragen. Die Diagnostik war die Voraussetzung dafür, dass die Psychiatrie als vollwertiges und damit wissenschaftliches Fach der Medizin gelten konnte und so auch für Psychiater die Möglichkeit bestand, durch einen akademischen Aufstieg zu Anerkennung zu kommen (vgl. ebd., S.139). Auch bei der Verwendung des Begriffes Symptom für Verhaltens- und Gefühlsmerkmale orientiert sich die Psychiatrie an medizinisch/biologischen Ansichten. So weist ein verändertes, abweichendes Verhalten, Fühlen und Erleben vorgeblich als Symptom auf einen im Individuum ablaufenden Krankheitsprozess, so wie Fieber beispielsweise als Symptom auf eine Grippe hinweisen kann (vgl. Bourne/Ekstrand 1991, S.451).

Vorrangig gibt die psychiatrische Diagnose demnach einem sogenannten bestimmten Krankheitsbild einen Namen, ein Etikett, damit professionelle Helfer entscheiden können, welche Behandlung dieser Diagnose folgt. Die psychiatrische Diagnose ist dabei das Resultat aus den Beobachtungen und Überlegungen des Diagnostizierenden, dem Psychiater oder mittlerweile auch dem Psychologen oder Psychotherapeuten (vgl. Rahn/Hunold 2000, S.25 u. 31).

2. PSYCHIATRISCHE KLASSEIFIKATION

Wie in Kapitel I Punkt 4 bereits dargestellt wurde, geriet die psychiatrische Diagnostik ab den 1960er Jahren ins Zentrum kritischer Diskussionen. Durch unterschiedliche Studien, wie auch durch das Rosenhan-Experiment, wurde die Unzuverlässigkeit psychiatrischer Diagnosen aufgedeckt. Die damaligen typologisierten Diagnosemodelle stützten sich vor allem auf typische Falldarstellungen. Eine Diagnose wurde nach maximaler Ähnlichkeit mit einem typischen Fall, dem sogenannten Prägnanztyp (Dörner bezeichnet dies als „Lehrbuchfall“), gestellt. In den seltensten Fällen spiegelten die ideal-typisch konstruierten Diagnosen die reale Situation der Betroffenen wider und sagten so „über die große Mehrheit der anderen, die eigentlich die Wirklichkeit ausmachen, wenig [aus, d.A.]“ (Dörner 1975, S.141) Es wurden Forderungen nach einem exakteren, zuverlässigeren und einheitlichen Diagnosemodell laut, welche zur

Entwicklung operationaler Diagnosemodelle führten (vgl. Schneider/Schüßler 1993, S.27).

In den modernen operationalisierten Klassifikationssystemen distanziert man sich von einer typologischen Beschreibung der in „Störungen“ umbenannten „Krankheiten“ und verzichtet vorerst auf eine Zuordnung der „Störungen“ zu bestimmten Vorstellungen von der Entstehung dieser (vgl. Finzen 1998, S. 74). Es wird versucht die sogenannten Störungen anhand beschreibender Merkmale zu charakterisieren, beim Stellen der Diagnose wird phänomenologisch-deskriptiv vorgegangen. Statt einer typologischen Beschreibung eines Krankheitsbildes werden in den neuen operationalisierten Modellen diagnostisch relevante, jedoch wiederum typische Kriterien aufgeführt, die u.a. die Intensität und exakte Dauer der Symptome beinhalten. Dabei müssen nicht alle der aufgeführten Kriterien beim Patienten vorhanden sein, um zu einer entsprechenden Diagnose zu kommen. Da die Ätiologie zunächst keine Rolle bei der Beschreibung der sogenannten Störungen spielt, grenzen sich operationalisierte Diagnosemodelle von allen früheren Diagnosemodellen ab, die sich an die klassischen Prinzipien der Nosologie hielten, bei der Ätiologie und Symptomatik eine Krankheitseinheit begründen (vgl. Dilling 1999, S.65; Dilling 1993, S.18f.; Freyberger/Muhs 1993, S.43). Da der Begriff „Krankheit“ oder „Erkrankung“ u.a. in diesem Zusammenhang als durchaus problematisch betrachtet wurde, wählte man den Begriff der „Störung“ (vgl. Küchenhoff 2006, S.207). Küchenhoff weist jedoch darauf hin, dass, obwohl der Begriff „Krankheit“ durch den Begriff „Störung“ ersetzt wurde, die sogenannten Störungen doch oftmals als Krankheiten angesehen werden. Dies ist auch in verschiedener aktueller Literatur zum Thema Psychiatrie zu sehen, wo neben dem Begriff der „Störung“ weiterhin Begrifflichkeiten wie „seelische Erkrankung“ oder „psychische Krankheit“ verwendet werden. Ebenso in Ratgebern und Büchern für Betroffene sowie auf zahlreichen Internetseiten zu den verschiedensten „Störungsbildern“ wird der Begriff der „psychischen Störung“ dem Begriff der „psychischen Krankheit“ gleichgestellt (vgl. z.B. Finzen 2001; Huber 1999; Hunold/Rahn 2000; Knuf 2006; Rahn/Mahnkopf 1999; Stark/Bremer/Esterer (Hg.) 1997). Ferner weist Küchenhoff auf den neu eingeführten Begriff der Komorbidität in den operationalisierten Diagnosemodellen hin.

„Die Sprache ist, wie immer, verräterisch: Einer Wiederkehr des Verdrängten kommt es gleich, wenn ständig von Komorbidität gesprochen wird, da wo das gemeinsame Auftreten unterschiedlicher Störungen gekennzeichnet werden

soll. ‚Morbus‘ ist bekanntlich die Krankheit, im Begriff der Komorbidität widerlegt sich die Krankheitsnegation des Störungsbegriffes selbst.“
(Küchenhoff 2006, S.207)

Shorter ist ähnlicher Ansicht.

„Auch wenn die amerikanischen Verfasser das Kraepelinsche Etikett ‚Krankheit‘ vermieden hatten, bedeutete die Definition unterschiedlicher ‚Störungen‘ im Grunde genommen nichts anderes als die Darstellung unterschiedlicher Krankheitsbilder.“ (Shorter 1999, S. 451)

Die heute verbreiteten, meist angewandten operationalisierten Diagnosesysteme sind das DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sowie die ICD 10 (International Classification of Diseases), die sich in etlichen Punkten sehr ähneln. In Deutschland werden heute nach der ICD-10 Diagnosen gestellt, welche neben den psychiatrischen Störungen im Kapitel V (F) auch eine Klassifizierung aller somatischen Erkrankungen beinhaltet (vgl. Dilling 1999, S.67).

Im Lehrbuch für Psychiatrie betonen die Autoren Rahn und Mahnkopf die Objektivität und Reliabilität der neuen modernen operationalisierten diagnostischen Klassifikationen, durch welche insbesondere die Möglichkeiten der vergleichenden und empirischen Forschung verbessert wurden. Aufbauend auf diesen Forschungen kommt es, so Rahn/Mahnkopf, zu einer Verbesserung in der Feststellung des Hilfebedarfs der Betroffenen sowie auf Grund der besseren Vergleichbarkeit der Diagnosen zu einer Erleichterung in der Planung therapeutischer Maßnahmen (vgl. Rahn/Mahnkopf 1999, S.124). Dilling macht jedoch darauf aufmerksam, dass auf Grund der Diagnose auch eine bestimmte Zeit für die Behandlung von den Krankenkassen vorgegeben werden kann, ohne dass die individuellen Umstände des Patienten berücksichtigt werden (vgl. ebd. 1999, S.82). Hier knüpft auch die Kritik Schneiders und Schüblers an, die den Standpunkt vertreten, dass die operationalisierte Diagnostik die individuellen und einzigartigen Befunde eines konkreten Menschen vernachlässigt, da sie ihren Schwerpunkt auf einfach zu beobachtende oder zu explorierende Daten des Verhaltens und nicht des Erlebens legt (vgl. ebd. 1993, S.28 u. 36). Zudem scheinen die hochkomplexen Diagnosesysteme in der Praxis zu einer Reduzierung der Diagnosen zu verleiten. Dilling führt eine Untersuchung, die mit Hilfe der WHO durchgeführt wurde, an, in welcher psychiatrische Kliniken und Polikliniken nach Diagnosehäufigkeiten untersucht wurden. Es zeigte sich, dass wenige Diagnosen besonders häufig verwendet wurden. So bezogen sich 40% der Erstdiagnosen lediglich auf 3

Kategorien: Alkoholismus, Depression und Anpassungsstörung (vgl. Dilling 1999, S.82).

In anderen medizinischen Fachbereichen basiert eine Diagnose nicht nur auf den festgestellten Symptomen, sondern auch auf der Ursache eines bestimmten Krankheitszustandes. Da in der Psychiatrie die Ursachen für die sogenannten psychiatrischen Erkrankungen nicht eindeutig benannt werden können, handelt es sich bei den psychiatrischen Störungen in den modernen Diagnosemodellen um Konventionen, die keine naturwissenschaftlichen Krankheitsentitäten sind. Dilling beschreibt diese Konventionen auch als Konstrukte, deren Konstanz nicht über längere Zeiträume gesichert ist (vgl. ebd. 1999, S.81). Verdeutlichen lässt sich das am Beispiel der Homosexualität. Shorter führt dazu folgendes aus.

„Ein Subkomitee des DSM-III-Teams erwog die Bezeichnungen, ‚Homodysphilie, Dyshomophilie, homosexuelle Konfliktstörung, Liebesbeziehungsstörung ... und schließlich Ich-dystonische Homosexualität‘. Doch weil sich das Subkomitee nicht einig werden konnte, delegierte es die Entscheidung an die Projektgruppe selbst, die beschloß, Homosexualität vollständig von der Liste zu streichen. Ein Referendum unter den APA-Mitgliedern bestätigte diese Entscheidung 1974. Was ein Jahrhundert oder länger als schwere psychische Störung galt, hatte mit einem Federstrich zu existieren aufgehört.“ (Shorter 1999, S. 453)

Laut Shorter sind auch viele anderen sogenannte Störungen auf Grund politischen Druckes und nicht wissenschaftlicher Forschungen aus den psychiatrischen Klassifikationen verschwunden oder umbenannt worden.

„Solche Beispiele für das Unvermögen der Psychiatrie, sich den Weg ausschließlich von der Wissenschaft weisen zu lassen, zeigen, wieviel das DSM-III und seine Nachfolger [...] dazu beigetragen haben, die Disziplin in die Wildnis zu führen.“ (ebd., S.455)

3. GESELLSCHAFTLICHER NUTZEN DER DIAGNOSTIK

Jede Gesellschaft verfügt über bestimmte Normen und Regeln, welche die Stabilität der sozialen Ordnung fördern sollen. Die jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Anschauungen bilden die Basis dessen, was als „normal“ oder als „anormal“ definiert wird (vgl. Jervis 1978, S.76f.).

„Verhaltensweisen, die je nach Gesellschaft durch Aggressivität oder Sanftmut, durch individuelle oder kollektive Verantwortung beim elterlichen Sorgerecht, durch Respektierung oder Nichtvorhandensein persönlichen Besitzstrebens, durch Teilnahme am Gruppenleben oder Isolation, durch homosexuelle oder heterosexuelle Erotik, durch Orientierung an der empirischen Realität oder die Suche nach halluzinatorischen Erfahrungen gekennzeichnet sind, können je nach der Kultur als normal oder abweichend betrachtet werden [...].“ (ebd., S.77)

In vielen Bereichen ist eine Einhaltung der Normen durch Gesetze geregelt. Die Gesellschaft greift zu Maßnahmen, die die Handlungen des (von der Norm) „Abweichenden“ unterbinden und ihn zu einem normalen Verhalten zurückführen sollen (z.B. Kriminalität) (vgl. Dörner 1975, S.142). Dörner weist auf einen Bereich hin, der jedoch nicht explizit durch Gesetze und Sanktionen geregelt ist. *„Es sind die Abweichungen, die Regelverletzungen im Bereich des Selbstverständlichen; es ist das, was sich nicht gehört, was anstößig ist, was aus der Rolle fällt.“ (ebd., S.142)*

Er benennt als Beispiele inadäquates Lachen und Weinen, Untätigkeit, Auffälligkeiten in Körperpflege und Kleidung u.a.. Nach Dörner bilden diese Verletzungen der sozialen Grundregeln den Bereich der sogenannten psychischen Störungen. In dem Wort „Störung“ sieht er eine doppelte Bedeutung, einerseits die Störung des Individuums, andererseits jedoch insbesondere die Störung der Gesellschaft. Da diese Störung im Bereich der Selbstverständlichkeiten auftritt, kommt es, laut Dörner, vor allem zu einer Irritation der Gesellschaft, da sie diesen Basisverletzungen auf Grund fehlender expliziter Gesetze gegenüber primär hilflos ist. Als eine allgemeine gesellschaftliche Reaktion auf die Verletzung von Grundregeln benennt Dörner die Leugnung. Doch je länger und auffälliger diese Grundregelverletzung ist, wird diese als eine vermeintliche Bedrohung der bestehenden sozialen Ordnung wahrgenommen, da das Verhalten des Betroffenen außerhalb des „Selbstverständlichen“ steht und so *„nicht tolerierbar, weil unverständlich, und unverständlich, weil nicht tolerierbar ist.“ (Jervis 1978, S. 103)*

Um die soziale Ordnung zu schützen, wird das Verhalten des Betroffenen nicht mehr ignoriert, es kommt, nach Dörner, zu einem Prozess der sozialen Etikettierung.

Mit dem Ziel, den Betroffenen aus der Gesellschaft ausgrenzen zu können, um so die vermeintlich bedrohte Sozialstruktur wieder zu stabilisieren, erhält der Betroffene durch die Gesellschaft das soziale Etikett des „Wahnsinns“ (vgl. Dörner 1975, S. 143; Jervis 1978, S. 99). *„Die Diagnose verstärkt die Grundregelverletzung weiter,*

definiert und stabilisiert sie und ontologisiert sie schließlich zur Krankheit.“ (Dörner 1975, S.143) Laut Dörner entstand im Zuge der industriellen Revolution in unserer Gesellschaft zur Perfektionierung und Professionalisierung des eben beschriebenen Prozesses der sozialen Etikettierung die Institution der Psychiatrie. Er weist daraufhin, dass die psychiatrische Diagnostik im Zusammenhang mit der Durchsetzung eines kapitalistisch orientierten Gesellschaftssystems entstanden ist, da es notwendig geworden war, zwischen berechenbarem, ungefährlichem und arbeitsfähigem Verhalten einerseits und unberechenbarem, gefährlichem und arbeitsunfähigem Verhalten andererseits zu unterscheiden (vgl. auch Kapitel I). Der Prozess der sozialen Etikettierung wird so durch die Psychiatrie und deren Diagnostik wissenschaftlich fortgesetzt.

„Unsere konkurrenz- und leistungsgeprägte Gesellschaft verbindet mit dem Zugang zu spezifischen Lebens- und Bildungschancen Beurteilungssituationen an den Knotenpunkten der sozialen, ökonomischen, politischen Machtnetze. Wer den gesellschaftlichen geforderten Normen entspricht, dem werden im Unterschied zu anderen entsprechende Möglichkeiten zugestanden. Bei Nichterfüllung dieser herrschenden Normen wird ausgegrenzt, wird das gesellschaftliche Defizit in ein individuellen verkehrt, wird pathologisiert oder interniert. Dazu ist die klinische Diagnostik ein geeignetes Instrumentarium.“
(Grubitzsch 1991, S.187)

Dörner weist ferner darauf hin, dass die professionelle, mit wissenschaftlicher Autorität angebotene Hilfe der Diagnose, von Patienten wie auch von Bezugspersonen gern in Anspruch genommen wird, da der soziale Druck für beide Seiten zunächst nachlässt und zugleich eine neue Verhaltens- und Rollen-Organisation ermöglicht wird. Das Verhalten des Betroffenen wird erklärbar, die Diagnose beweist das Vorhandensein der angeblichen Krankheit. Die Verantwortlichkeit für das abweichende Verhalten des Betroffenen liegt somit weder bei ihm selbst noch in der Gesellschaft, sondern bei der sogenannten Krankheit. Als „psychisch Kranker“ schließlich wird der Betroffene zu einem Fall für die Psychiatrie, die Gesellschaft gibt die Verantwortung an die psychiatrisch Tätigen ab, der „psychisch Kranke“ hat sich der psychiatrischen Behandlung zu unterziehen und sein Verhalten zu verändern, um so die Ordnung der Gesellschaft nicht mehr zu stören und bei „Besserung“ wieder in die Gesellschaft zurückkehren zu dürfen.

Die psychiatrische Diagnose erfüllt so, laut Dörner, eine Ordnungsfunktion für die Gesellschaft sowie auch für das konkrete soziale Systems eines Individuums. Sie

wird den gesellschaftlichen Anforderungen, die an sie gestellt werden, gerecht (vgl., ebd., S.144f.).

„Die Diagnose ist ein Instrument, mit dem die Gesellschaft Störungen, Gefährdungen in ihrem empfindlichsten Bereich, den Grundregeln, gerade nicht durchschaut, sondern abdeckt, abriegelt, administrativ in den Griff bekommt und unschädlich macht, indem die soziale Etikettierung medizinisch-wissenschaftlich vervollständigt wird.“ (ebd., S.144)

Einen wirklichen Nutzen psychiatrischer Diagnostik für die Gesellschaft wie auch für den Betroffenen zweifelt Jervis jedoch an.

„Insgesamt ist es sehr fraglich, ob der gesellschaftliche Nutzen real ist und ob die Individuen selbst, die der Aufmerksamkeit des Psychiaters anempfohlen werden, daraus einen realen Nutzen ziehen. In den meisten Fällen erfolgt in der psychiatrischen Klinik keine Heilung, auch wenn der Gesellschaft ein fügsames, unterwürfiges und mit Psychopharmaka vollgestopftes Subjekt zurückgegeben wird; es ist nicht gesagt, daß es selbst wirklich einen Vorteil daraus gezogen hat.“ (Jervis 1978, S.109)

Dieser Aussage Jervis' stehen jedoch andere Ansichten Professioneller gegenüber, die durchaus einen Nutzen in psychiatrischer Diagnostik für die Betroffenen sehen.

4. NUTZEN PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN FÜR DIE BETROFFENEN

Um den Nutzen von Diagnosen aus psychiatrischer Sicht für die Betroffenen darzustellen, werden im Folgenden hauptsächlich die Ansichten der Oberärztin zweier psychiatrischer Tageskliniken, Petra Hunold, und des Arztes für Nervenheilkunde und Psychotherapeuten, Ewald Rahn, aufgegriffen.

Die psychiatrische Diagnose definiert einen seelischen Zustand als „Krankheit“, wodurch es zumindest formal zu einer Gleichstellung mit körperlichen Krankheiten kommt und sie so als Zugangsweg zu medizinischen Hilfen dient. Sie ordnet bestimmte Probleme von Menschen dem medizinischen Versorgungssystem zu und ermöglicht so erst eine Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen. Für jede Form der Behandlung ist laut §295 SGB V „Abrechnung ärztlicher Leistungen“ eine Diagnose erforderlich damit Krankenkassen die Behandlung übernehmen (vgl. Rahn/Hunold 2000, S.35 u. 118).

„Der Diagnose kommt somit eine Art Verteilungsfunktion zu, ob eine Aufnahme in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik erwogen, eine medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen, [...] wird [...].“ (ebd. S.38)

Diagnosen ermöglichen es den Kostenträgern auch, die verschiedenen Leistungserbringer nach Behandlungsdauer, Therapiekosten und Heilungserfolgen zu vergleichen und sie verfügen so über ein Instrument zur Steuerung der Leistungen (vgl. ebd., S.39). Im Lehrbuch für Psychiatrie führen Rahn und A. Mahnkopf an, dass sich durch die verbesserte Objektivität psychiatrischer Diagnosen, auf Grund moderner Klassifikationssysteme wie der ICD-10 oder des DSM IV, vor allem die Möglichkeiten der vergleichenden und empirischen Forschung wesentlich verbessert haben. Die Prognose verschiedener Störungsbilder kann, so Rahn/Mahnkopf, durch die modernen psychiatrischen Klassifikationen besser überprüft werden und die Planung therapeutischer Maßnahmen erleichtern (vgl. ebd. 1999, S.124).

Mit der Zuordnung der Symptome zu einer sogenannten bestimmten Krankheit, also dem Stellen der Diagnose und dem Erkennen der sogenannten Krankheit, erschließt sich, laut Rahn/Hunold, dem „Behandler“ auch ein bestimmtes Repertoire von Reaktions-, Erklärungs-, und Hilfsmöglichkeiten gegenüber dem Betroffenen. Die Diagnose kann als eine Art Handlungsanweisung für den professionell Helfenden verstanden werden. Rahn/Hunold sind der Ansicht, dass der „Behandler“ in diesem Sinne auf die Diagnose angewiesen ist. Doch weisen sie darauf hin, dass sich Lösungswege nicht aus der Diagnose an sich herleiten lassen. (vgl. ebd. 2000, S.14, 31 u. 57).

Den Nutzen einer Diagnose für die Betroffenen beschreiben Rahn/Hunold als vorerst indirekt, da Diagnosen ein Bestandteil der Expertensprache sind und vor allem der Verständigung unter Professionellen dienen (vgl. ebd., S.101). Auch die entlastende Wirkung einer Diagnose, durch die der Betroffene erfährt, dass er an einer Krankheit leidet und, laut Rahn/Hunold, so dazu in der Lage ist, *„sein Verhalten besser zuzuordnen, weiß etwa, dass er nicht einfach „zu faul“ oder „böse“ ist, sondern eben „krank“* (ebd., S.11), wird von ihnen als ein indirekter Nutzen beschrieben. Als Beispiel führen Rahn/Hunold einen schwer depressiven Menschen an, der sich durch die Diagnose Depression nicht mehr als Versager fühlen muss (vgl. ebd., S. 32). Die Autoren sind der Meinung, dass es erst zu einem direkten Nutzen der Diagnose für den Betroffenen kommt, wenn Informationen zu der Diagnose zugänglich werden und sich so die Bedeutung der Diagnose für den Betroffenen erschließen kann. Die

psychiatrische Diagnose ermöglicht es, so Rahn/Hunold, Probleme, für die eine Lösung gefunden werden muss, einzugrenzen und zuzuordnen. Die Diagnosegeleiteten Informationen sind, für Rahn/Hunold, der erste Schritt, damit Betroffene zu einem umfassenden Verständnis der Probleme gelangen können. Die Diagnose hilft dem Betroffenen dabei, seine Probleme als Phänomene einer „psychischen Krankheit“ zu verstehen. Diese Krankheitseinsicht des Betroffenen bewerten Rahn/Hunold als äußerst positiv und sehen darin die Voraussetzung, um über mögliche strukturelle Veränderungen nachdenken zu können. So erkennen Betroffene bisweilen erst durch das Diagnostizieren einer sogenannten Krankheit, dass ihre Probleme und Schwierigkeiten ein ernst zu nehmendes Zeichen sind und sie Veränderungen in ihrem Leben vornehmen müssen. Folgende Aussage eines Betroffenen verdeutlicht dies.

„Dabei wächst in mir das Verständnis für diese schwere Krankheit. Aber es wächst in mir auch – so merkwürdig das klingen mag – die Dankbarkeit für diese Erkrankung. Durch sie erfuhr ich, dass mein Leben in eine gefährliche Schiefelage geraten war, dass vor allem die Balance zwischen Belastung und Erholung gar nicht mehr stimmte.“
(Knostmann 2003, S.51)

An dieser Stelle muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass die von Rahn/Hunold so bezeichnete „Krankheitseinsicht“ die Betroffenen dazu auffordert, sich selbst als „psychisch Kranke“ zu erleben, neben dem möglichen positiven Effekt des Anstrebens von Veränderungen zahlreiche Probleme mit sich führt und nicht als ausschließliche Voraussetzung zum Nachdenken über Veränderungen gesehen werden darf, wie im weiteren Verlauf der Arbeit noch dargestellt wird.

Weiterhin erwähnen Rahn/Hunold, dass die Diagnose die Beurteilung der Fortschritte bei der Überwindung einer Krankheit erleichtert, da eine Veränderung von Krankheitssymptomen als Maßstab dienen könne und so eine sichere Beurteilung der Behandlung möglich werden würde (vgl. Rahn/Hunold 2000, S.101ff.). Im Lehrbuch für Psychiatrie fassen Rahn und Mahnkopf den Nutzen psychiatrischer Diagnosen für die Betroffenen in vier Punkten zusammen. Sie beschreiben, dass die Diagnose die Phänomene (Symptome) erklärt, dass sie die Angst reduziert, da durch die Diagnose potentielle Hilfe erschlossen werden kann, dass sie die mit den Krankheitssymptomen verbundenen Probleme relativiert und dass sie das Nachlassen von Leistung, sozialer Kompetenz usw. entschuldigt.

Ferner geben Rahn/Hunold zu bedenken, dass manche Betroffene den gesellschaftlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen sind und sie einen gewissen Schonraum benötigen. Durch die Diagnose wird es den Betroffenen ermöglicht, Zugang in entsprechende Einrichtungen, wie Tageszentren, Kontaktstellen, therapeutische Wohngemeinschaften u.a., zu erhalten. Rahn/Hunold weisen zwar daraufhin, dass die Betroffenen dadurch oft in Subkulturen leben, was sie als eine negative Folge betrachten, doch andererseits ermöglichen diese Nischen den Betroffenen zumindest ein Minimum an sozialen Kontakten (vgl. ebd., S.122).

Einen weiteren Nutzen von Diagnosen für Betroffene sehen Rahn/Hunold auch in der Vergrößerung von Selbsthilfemöglichkeiten. Selbsthilfegruppen entstanden zuerst im Suchtbereich, doch mittlerweile gibt es für die verschiedensten sogenannten psychischen Krankheiten Gruppen, in denen sich Betroffene untereinander austauschen und unterstützen. Folgende Aussage einer Betroffenen verdeutlicht das Potenzial von Selbsthilfegruppen:

„Ich fand Menschen wie mich, mit denselben Schwierigkeiten. Ich sah sie als Menschen mit vielen anderen Fähigkeiten, lesen, schreiben, malen Musik machen, sich einfühlen, zuhören, als Menschen mit liebevoller Zuwendung, sich selbst und anderen gegenüber ...

Daraus schloss ich, dass ich auch ein Mensch mit Fähigkeiten bin, ich war dankbar für diesen Spiegel. Wir tauschten uns aus, wir sprachen dieselbe Sprache. Wir hatten Verständnis füreinander, konnten auch Tipps geben, indem wir erzählten, was wir jeweils unternahmen, um mit der Krankheit zu leben bzw. was wir taten, um aus der Krise herauszukommen. Mein Selbstbewusstsein, mein Gefühl, ein Mensch zu sein, wuchs immer mehr.“ (Sommer 2003, S.84)

Auch im Internet gibt es mittlerweile zahlreiche Möglichkeiten, um mit anderen Betroffenen in Kontakt zu kommen und sich auszutauschen. Es können so Erfahrungen und Strategien im Umgang mit der Diagnose und der damit verbundenen sogenannten Krankheit weitergegeben werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Verständnis der anderen Betroffenen für die sogenannte Krankheit und das damit verbundene Verhalten, Denken und Fühlen. Betroffene können frei von ihren Problemen berichten ohne die Angst, von den anderen für ihr Fühlen und Denken verurteilt zu werden. Auch das nach Rahn/Hunold beschriebene Problem der sozialen Isolierung, welches oftmals mit der Feststellung einer Krankheit einsetzt, kann durch Selbsthilfebewegungen vermindert werden (vgl. Rahn/Hunold 2000,

S.110ff. u.122). Verschiedene Selbsthilfeinitiativen, wie der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) oder die Irrenoffensive, zeigen jedoch auch, dass eine psychiatrische Diagnose nicht zwingend erforderlich ist, um sich mit anderen Menschen über die nach psychiatrischen Theorien als Krankheiten definierten Schwierigkeiten und Probleme auszutauschen. Die Atmosphäre in den genannten Gruppen ist hier weniger von einem Verständnis für die „Krankheit“ der anderen geprägt, sondern zeichnet sich durch eine generelle tolerante Sichtweise gegenüber ungewöhnlichen Verhaltens- und Erlebnisweisen aus.

Exkurs: Entschuldbar durch Krankheit

Die eben beschriebene Erleichterung, die Betroffene womöglich empfinden, wenn sie erklärt bekommen, ihr Verhalten und Erleben ist Symptom der sogenannten Krankheit – dass sich beispielweise sogenannte depressive Menschen, wie Rahn/Hunold anführen, nicht mehr als Versager fühlen müssen – ist insbesondere auch durch gesellschaftliche Umstände erklärbar.

„Das magische Etikett „Krankheit“ erzeugt Beruhigung. Das Unverständliche wird verständlich, das Fremdartige wird neutralisiert, ja vertraut, das Besondere wird ein Fall von ..., das Abweichende ist kanalisiert, und das Bedrohliche mag zwar materiell bedrohlich bleiben; aber es ist eingeordnet, in einem wissenschaftlichen System diagnostisch untergebracht, entschuldigt, an die zuständigen sozialen und technisch-therapeutischen Instanzen verwiesen.“

(Dörner 1975, S.47)

Denn die Krankheit ist nicht nur ein medizinisches Konzept, sie dient auch als Abwehrmechanismus und Anpassungsstrategie der Gesellschaft, um die für unseren Produktionsprozess notwendigen Verhaltensforderungen durchsetzen zu können. Durch das Krankheitskonzept wird sozial illegitimes Verhalten, wie Leistungs- bzw. Arbeitsunfähigkeit, legitimiert. Die Krankheit bietet eine Erklärung für Verhalten, das unerklärbar und unverständlich erscheint, und nicht zuletzt eine Entschuldigung dafür, dass Betroffene nicht mehr so funktionieren, dass sie den gesellschaftlichen Anforderungen genügen. Denn unverständlich scheint es, wenn jemand in eine tiefe Traurigkeit verfällt, ohne dass er die Gründe dafür benennen kann, wie z.B. den Verlust eines nahen Verwandten oder eines Freundes, eine zerbrochene Beziehung o.ä., und wenn dieser Zustand über einen längeren Zeitraum andauert. Unverständlich, wenn er es dann nicht mehr schafft, seiner Arbeit nachzugehen,

obwohl doch gar kein für andere nachvollziehbarer Grund erkennbar ist. Dann kann es eigentlich nur noch sein, dass der Betroffene keine Lust hat und einfach zu „faul“ ist, oder dass er krank ist, dass eine Krankheit ihn dazu veranlasst, sich so zu verhalten. *„Das Krankheitskonzept gestattet es, [...], individuelle Besonderheit, Fremdartigkeit, Anstößigkeit und Unangepaßtheit zu rationalisieren [...] oder zu konformieren [...].“* (Dörner 1975, S.48)

Wie in Kapitel I Punkt 1.3 bereits angesprochen, wurde die Medizin mit dem Beginn der Industrialisierung und gemäß merkantilistischer Wirtschaftsprinzipien auf die Stabilisierung bestehender Wirtschafts- und Herrschaftsverhältnisse funktionalisiert und von anderen Bereichen der Asozialität stärker differenziert. Dies hatte jedoch zur Folge, dass die Behandlung vor allem auf Effektivität und funktionale Heilung ausgerichtet wurde und die bisher von sozialen Aufgaben unbelastete Medizin zu der für den industriellen Produktionsprozess leistungsfähigsten Institution wurde, da sie nun im Dienste der Stabilisierung gesellschaftlicher Gegebenheiten stand. Dörner bezeichnet diesen Prozess als „sozioökonomischen Verobjektivierungsprozess“, *„der die Menschen [...] in die abstrakten Kunstprodukte einer Methode, der Kapitalverwertung, verwandelt, sie zu verfügbaren Objekten macht, abgeschnitten von der Beziehung zu ihrer Tätigkeit und zum Produkt ihrer Tätigkeit.“* (ebd., S.52)

Doch auch die Vernaturwissenschaftlichung der Medizin führte dazu, dass die Berücksichtigung der Bedürfnisse des einzelnen Menschen weit in den Hintergrund traten und die Medizin *„sie nur noch als abstrakte, somatische Kunstprodukte ihrer Methode sah, als Objekt, als Fall, sie als Exemplare in ihr der Botanik entlehntes Krankheitssystem einordnete.“* (ebd., S.52)

Laut Dörner liegt bis heute die Priorität des Krankheitskonzeptes der Psychiatrie und des psychiatrischen Behandlungssystems in der Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Sicherheit und Ordnung (vgl. ebd., S.56).

5. PROBLEMATISCHES IM ZUSAMMENHANG MIT PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN

Diagnosen sind fester, aber nicht problemloser Bestandteil der Psychiatrie. *„Verunsicherung und Angst sind mit Sicherheit die häufigsten negativen Reaktionen, die die Feststellung und die Diagnostizierung einer seelischen Erkrankung beim Betroffenen auslöst.“* (Rahn/Hunold 2000, S.127) Rahn/Hunold begründen diese Angst und Verunsicherung damit, dass sich viele Betroffene nichts konkretes unter

einer sogenannten psychischen Krankheit vorstellen können und befürchten, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren. „*Sie fühlen sich durch die Störung in ihrer gesamten Persönlichkeit in Frage gestellt, versuchen ‚gesund‘ von ‚krank‘ zu unterscheiden und bewegen sich in der Gefahr, sich für durch und durch gestört zu halten; [...].*“ (ebd., S.16f.) Um dieser Angst und Verunsicherung entgegenzuwirken, empfehlen Rahn/Hunold, dass sich die Betroffenen gut über ihre „seelische Erkrankung“ informieren und sich nach Verlauf, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten erkundigen sollen (vgl. ebd., S.127f.). Erfahren die Betroffenen jedoch von einer schlechten Prognose für ihre sogenannte Krankheit, stellt sich nicht selten eine Hoffnungslosigkeit ein.

Da dem Nutzen der psychiatrischen Diagnosen eine Vielzahl von weiteren Problemen gegenübersteht, werden im Folgenden einige Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit psychiatrischer Diagnostik stehen, gesondert herausgegriffen und vorgestellt.

5.1 Tatsachen oder Interpretationen?

Die Kriterien der operationalisierten Klassifikationen sollen den Diagnostiker dazu befähigen, eine möglichst objektive Interpretation des Verhaltens und Erlebens der Betroffenen vorzunehmen, um eine mögliche sogenannte psychische Krankheit festzustellen und sie mit der entsprechenden Diagnose zu benennen. Da objektiv messbare Kriterien nicht vorhanden sind, sollen die sogenannten psychischen Krankheiten in erster Linie aufgrund ihrer Verhaltensäquivalente erkannt und eingeordnet werden (vgl. Finzen, 1998, S. 80) Die Benennung des Verhaltens und Erlebens durch die Diagnose als sogenannte psychische Krankheit führt zu der Vorstellung und Annahme einer Tatsache, der Tatsache des Vorliegens einer „psychischen Krankheit“, die anhand der (vorgeblich) objektiven Kriterien der Diagnosemodelle erkannt wurde und die der „psychisch Kranke“ in sich trägt (vgl. Jervis 1978, S.92). Hier stellt sich jedoch die Frage, ob die Deutung des Verhaltens und Erlebens der Betroffenen durch den Psychiater überhaupt einer Tatsachenfeststellung entspricht und inwieweit eine objektive Beobachtung und Interpretation des Verhaltens und Erlebens der Betroffenen durch einen anderen Menschen überhaupt möglich ist, um zu der entsprechenden Tatsachenfeststellung als sogenannte psychische Krankheit zu kommen. Wichtig erscheint eine Erörterung dieser Fragen vor allem im Hinblick darauf, dass Diagnosen als Feststellung einer

sogenannten psychischen Krankheit und damit als Tatsachenfeststellung das Verhalten Betroffener, ihrer sozialen Umwelt und nicht zuletzt auch das Verhalten professionell Helfender maßgeblich beeinflussen und zudem schnell zu einem Etikett oder auch Stigma für die Betroffenen werden können (vgl. dazu Kapitel II Punkt 5.3). Ein Ansatz, der in diesem Zusammenhang hilfreich scheint, um zu einer Beantwortung der eben gestellten Fragen zu gelangen, sind die Theorien des Konstruktivismus, bei dem die Annahme einer objektiv beobachtbaren Welt vollständig aufgegeben wird. Nach der Theorie des Konstruktivismus ist es nicht möglich, von einer beobachterunabhängigen Wirklichkeit zu sprechen, da diese für niemanden direkt zugänglich ist, sondern immer eine schon interpretierte Wirklichkeit des Betrachters ist, die grundsätzlich von den jeweiligen Regeln und Mitteln der Wahrnehmung des Betrachters abhängt (vgl. Pantucék 1998, S.149). Ebenso wie alle anderen Menschen sind auch Psychiater oder Psychologen/Psychotherapeuten Menschen, die geprägt sind durch die jeweiligen individuellen Erfahrungen ihres Lebens sowie durch angeeignete Interpretationsmuster und Alltagstheorien. Im Prozess des Diagnostizierens bestimmt demnach der Diagnostiker mit, wie er etwas verstehen will, die Diagnose stellt eine Interpretation des Verhaltens und Erlebens der Betroffenen durch den Diagnostiker dar. Professionelle bringen auch immer ein Vorverständnis von dem mit, was die Beschreibung des Erlebens oder das jeweilige Verhalten des Betroffenen bedeuten könnte. Zu diesem Vorverständnis zählen wissenschaftliche Theorien, vorgefertigte Erklärungsmuster für beobachtbare Verhaltensweisen und berufliche Erfahrungen. Doch durch das professionelle Vorverständnis, Verhalten und Erleben Betroffener in medizinischer Art und Weise zu interpretieren, ist ein unvoreingenommener objektiver Blick auf den Betroffenen nicht mehr möglich, da der Verstehensprozess des Psychiaters somit durch sein professionelles Vorverständnis geprägt ist (vgl. ebd. S.143f.). Die Diagnose vermittelt aber den Eindruck, dass es sich bei den Deutungen des Psychiaters um objektive Tatsachenfeststellungen (mit „Krankheitswert“) handelt, die es zurückgreifend auf die Theorie des Konstruktivismus jedoch so nicht geben kann. Aufbauend auf diesen Thesen stellt das Verfahren der Diagnostik in der Psychiatrie eine dogmatische Interpretation seitens der Psychiater dar, bei der den Betroffenen selten eine faire Chance gegeben wird, zu den Deutungen des Diagnostikers wirksam Stellung zu beziehen, die, zumal wenn sie nicht mit der Interpretation des Psychiaters übereinstimmt, auch als mangelnde Krankheitseinsicht bezeichnet wird (vgl. Pantucék 1998, S.149; Finzen 2001, S. 176f.). Finzen

beschreibt den Prozess des Diagnostizierens auch als einen reduktionistischen Prozess, bei dem in der ICD die durch eine Nummer verschlüsselte Diagnose Exaktheit vortäuscht. Doch wie alle sozialen Interaktionen ist auch das Diagnostizieren, laut Finzen, ein Prozess, der mit den Vagheiten, Ungewissheiten und Fehlermöglichkeiten aller sozialen Prozesse behaftet ist (vgl. Finzen 1998, S. 134).

Dörner verweist auf ein weiteres Problem psychiatrischer Diagnostik. Durch die Sichtweise des Diagnostizierenden wird auch die Symptomatik des Betroffenen beeinflusst. Dörner bezeichnet dies als selffulfilling prophecy (selbsterfüllende Prophezeiung). Nach Watzlawick ist eine selbsterfüllende Prophezeiung *„eine Annahme oder Voraussage, die rein aus der Tatsache heraus, daß sie gemacht wurde, das angenommene, erwartete oder vorhergesagte Ereignis zur Wirklichkeit werden lässt und so ihre eigene ‚Richtigkeit‘ bestätigt.“* (ebd. 1981, S.91) Allein schon der Prozess des Diagnostizierens, also durch das Beobachten und Fragen des Diagnostikers, verändert sich das Verhalten des Betroffenen in die vom Diagnostizierenden vermutete, befürchtete oder gewünschte Richtung (vgl. Dörner 1975, S.145). Rufer beschreibt es folgendermaßen: *„Die diagnostischen Leitbilder erwirbt die angehende Psychiaterin im Laufe ihrer Ausbildung, stülpt sie dem, was zu beobachten ist, über wie Kuchenformen und findet das, was sie sucht.“* (Rufer 2001, S.254) Aber auch die vorgefassten Erwartungen, die andere Menschen aus der Umgebung des Betroffenen mit einer Diagnose verbinden, drängen Betroffene oftmals in eine bestimmte Richtung, so dass sie sich genau so verhalten, wie andere es ihren Vorstellungen über die sogenannte Krankheit entsprechend von ihnen erwarten (vgl. Watermann/Krausz 1997, S.104f.). Watzlawick ist davon überzeugt, dass

„ein wesentlicher Teil der selbsterfüllenden Wirkung psychiatrischer Diagnosen auf unserer felsenfesten Überzeugung beruht, daß alles, was einen Namen hat, deswegen auch wirklich existieren muß. Von dieser Überzeugung dürften die Verdinglichungen und Verwirklichungen psychiatrischer Diagnosen weitgehend ihren Ausgang nehmen.“ (ebd. 1981, S.101, Hervorhebung d. Verfasser)

5.2 Werturteil Diagnose

Schon durch die Übersetzung des Wortes Diagnose wird deutlich, dass die Diagnose auch immer ein Urteil darstellt. Der Psychiater beurteilt das Verhalten und Erleben der Betroffenen und entscheidet, ob es sich um Symptome einer sogenannten psychischen Krankheit handelt. Jeder Mensch beurteilt Situationen und Personen und ordnet sie bestimmten Kategorien zu. Diese Zuordnungen sind die Voraussetzung für eine Orientierung in der Welt und dienen der Einschätzung der vorgefundenen Situation, um sich so zu weiteren Handlungen entscheiden zu können (vgl. Vollmoeller 2001, S.41). Wir klassifizieren Menschen nach bestimmten Kategorien, wie dumm, intelligent, egoistisch, gefährlich, sympathisch, nett usw.. In diesem Prozess nehmen wir bestimmte Eigenschaften der jeweiligen Person wahr und ordnen sie der jeweiligen Kategorie zu. Die Psychiatrie führt, laut Jervis, dieselbe Operation aus, jedoch mit dem Unterschied, dass die psychiatrische Diagnose wesentlich schwerwiegendere gesellschaftliche Konsequenzen für den Betroffenen hat (vgl. Jervis 1978, S.339). Durch ein diagnostisches Urteil wird Verhalten, das nicht der Norm entspricht, in Krankheiten klassifiziert. Da die Diagnose in einem sozialen Kontext gestellt wird, spiegelt sie immer auch die Werte und Normen einer Gesellschaft wider und wird so zu einem Werturteil über die betreffende Person (vgl. Bourne/Ekstrand 1991, S.480; Kapitel II Punkt 3). Doch die Diagnose ist nicht nur eine Wertung des Verhaltens der betreffenden Person, sie verweist auch auf eine Wertung der Person insgesamt. Selten wird gesagt, dass sich eine Person „irre“, „verrückt“ oder „psychisch krank“ verhält, umgangssprachlich *ist* eine Person „irre“, „verrückt“ oder „psychisch krank“, wenn an ihr entsprechendes Verhalten beobachtet wird (vgl. Jervis 1978, S. 79). Durch die Diagnose wird der Betroffene zum „Schizophrenen“, „Depressiven“ etc., zu einem Menschen, dessen Verhalten immer und zu jeder Zeit durch die Diagnose zusammengefasst wird, obwohl die Diagnose lediglich darauf hinweisen soll, dass er Probleme dieser Art hat, er wird diagnostisch zur Krankheit umdefiniert (vgl. Jervis 1978, S.340; Dörner 1975, S.146). Diese Problematik führt dazu, dass eine psychiatrische Diagnose leicht zu einem Etikett, zu einem Stigma für die Betroffenen werden kann.

5.3 Stigmatisierung und Diskriminierung

Im Zusammenhang mit sogenannten psychischen Erkrankungen wird oft von einer Stigmatisierung der Betroffenen durch die Diagnose gesprochen. Finzen benennt in seinem Buch „Psychose und Stigma“ die Stigmatisierung der Betroffenen sogar als zweite Krankheit. Die geläufigste Übersetzung des Wortes Stigma ist „Wundmal“, „Brandmal“ oder „Kennzeichen“. Der Begriff der Stigmatisierung wird heute hauptsächlich mit einer soziologischen Bedeutung verwendet und meint, dass einer Person bestimmte von der Gesellschaft als negativ bewertete Merkmale zugeordnet werden und diese Person dadurch in diskriminierender Weise gekennzeichnet wird (vgl. Finzen 2001, S.24ff.). Nicht alle dieser unerwünschten Eigenschaften werden stigmatisiert, es sind in erster Linie *„diejenigen, die mit unserem Bild von dem, was ein Individuum sein sollte, unvereinbar sind.“* (ebd., S.28)

Goffman unterscheidet in „Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ drei verschiedene Typen von Stigma.

„Erstens gibt es Abscheulichkeiten des Körpers [...]. Als nächstes gibt es individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willenschwäche, beherrschende oder unnatürliche Leidenschaften, tückische und starre Meinungen und Unehrenhaftigkeit, welche alle hergeleitet werden aus einem bekannten Katalog, zum Beispiel von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuchen und radikalem politischen Verhalten. Schließlich gibt es die phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion.“ (Goffman 1999, S.12f.)

Er spricht diesen Personengruppen dieselben soziologischen Merkmale zu. Eine Eigenschaft, die mehr als andere Eigenschaften nicht den gängigen Normvorstellungen entspricht und in erster Linie negativ auffällt, bewirkt, dass sich andere von dieser Person auf Grund dieser einzelnen Eigenschaft, dem Stigma, das wenig über den ganzen Menschen aussagt, abwenden und diese Person diskriminieren (vgl. ebd., S. 13). Ein Stigma ist demnach ein besonders negativ bewertendes Etikett, das eine Kategorisierung von Personen darstellt, die in einem oder mehreren Aspekten von der Vorstellung des „Normalen“ abweichen. Die negative Bewertung einzelner Merkmale mündet in einer negativen Gesamtbewertung und Verurteilung der Person, der eine soziale Ab- und Ausgrenzung, die mit erheblichen Nachteilen behaftet ist, folgt (vgl. Grausgruber 2004, S.28).

Über den Nutzen und die Notwendigkeit dieses Prozesses für die Gesellschaft gibt es vielfältige Theorien (vgl. Grausgruber 2004, S.19ff.). Da in Punkt 3 dieses Kapitels

die Thesen des Etikettierungsansatzes vorgestellt wurden, die der Stigmata-Forschung wesentliche Impulse gaben (vgl. ebd., S.37), wird an dieser Stelle auf eine vertiefende Betrachtung weiterer Theorien zur Ursachenuntersuchung des Stigmataprozesses verzichtet und im Folgenden auf die weitreichenden negativen Auswirkungen und Folgen dieses Prozesses für die Betroffenen eingegangen.

Die Vorstellungen von „psychisch kranken“ Menschen entsprechen in unserer Gesellschaft oft einem generalisierten Bild. Einem „psychisch Kranken“ werden in erster Linie Eigenschaften, wie Gefährlichkeit, Unberechenbarkeit, Irrationalität u.ä., zugesprochen. Diese Vorurteile, die sich seit Jahrhunderten etabliert haben, werden heutzutage auch verstärkt durch die Medien gefördert. Sogenannte Sensationsberichte schüren die Angst und Ablehnung in der Gesellschaft gegenüber den „psychisch Kranken“, selten gibt es qualitativ wertvolle, informationsreiche Beiträge zu den sogenannten psychischen Erkrankungen (vgl. Finzen 2001, S.36; Stark 1997, S.95) Häufig wird von sogenannten psychisch Kranken in erster Linie im Zusammenhang mit Straftaten und sozialen Auffälligkeiten berichtet, fachliche Begrifflichkeiten, wie schizophren, werden in ihrer Bedeutung verändert und stimmen mit den Fachbegriffen nicht überein. Auch in Filmen, vor allem in Krimis, Science-fiction- und Horrorfilmen, die oft reißerisch aufgemacht werden, kommen die sogenannten psychisch Kranken meist in Rollen von Massenmördern, Triebtätern oder Psychopathen vor (vgl. Pupato 2005, S.85 u. 91). Es *„setzt sich dann leicht der Gedanke fest, Psychiatrie und psychische Störungen seien der reinste Horror“*. (Stark 1997, S.95)

Studien über die Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber sogenannten psychisch Kranken ergaben, dass das Wissen über „psychische Krankheiten“ in der Öffentlichkeit entweder fehlt oder sehr lückenhaft und falsch ist, gemessen an psychiatrischen Theorien über sogenannte psychische Krankheiten. Eine Studie, in der Laien befragt wurden, woran sie erkennen würden, dass jemand „psychisch krank“ sei, ergab, dass 78% der Befragten glaubten, dies an folgenden Merkmalen erkennen zu können: seltsames Verhalten (73%), sonderbare Sprache (63%), Kleidung (32%), Gesichtsausdruck (25%), Aggressivität (24%) (vgl. Baumann/Gaebel/Zäske 2005, S.63). Es konnte auch nachgewiesen werden, dass Menschen mit einer „psychischen Erkrankung“ abgewertet und Sozialkontakte mit ihnen abgelehnt werden sowie dass eine größere soziale Distanz eingehalten wird (vgl. Grausgruber 2005, S.29; Finzen 2002, S.36). Die Selbstverständlichkeit des sozialen Umgangs mit „Normalen“ gegenüber den „psychisch Kranken“ wird

aufgehoben. Patienten, die dazu befragt wurden, von welchen Personengruppen sie am häufigsten diskriminiert wurden, gaben Folgendes an: 33% der Befragten wurden von Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz diskriminiert, 19% von der Polizei oder dem Ordnungsamt, 20% fühlten sich vom Bekanntenkreis und 16 % in der Familie diskriminiert. 7% der Befragten erlebten auch eine Diskriminierung durch Ärzte oder Therapeuten. Es zeigt sich, dass sich die Stigmatisierung der sogenannten psychisch Kranken auf die verschiedensten Lebensbereiche, wie Arbeit, Behörden, privates Umfeld und medizinische Versorgung, erstreckt (vgl. Baumann / Gaebel / Zäske 2005, S.69).

So beschreibt eine Frau, welche die Diagnose Schizophrenie bekam, die Reaktion ihrer Nachbarn folgendermaßen:

„Und dann habe ich auch meiner Nachbarin wieder Bescheid gesagt, dass ich wieder in die Klinik muss. Und wie es dann mit der Treppe wäre und dann sagte die: ‚Ach, schade um die Wohnung.‘ Und bummste die Tür zu. Also da war ich völlig schockiert ... und das Verhältnis, wie sie zu mir waren, war auch so ganz anders. Ich meine, ich wusste doch, wie wir jahrzehntelang zusammen waren, in Urlaub gefahren sind, wie wir miteinander gesprochen haben und zueinander waren. Das war ganz, ganz anders. ... und das tat so weh.“ (Frau C., zit. n. Schulze 2005, S.128)

Im Kontakt mit professionellen Helfern erlebten Betroffene, dass sich wenig für ihre Person und ihre Vorgeschichte interessiert wurde und ihren individuellen Bedürfnissen nur wenig Raum gegeben wurde. Durch den Eindruck der Betroffenen, dass es nur eine Standardbehandlung für jedermann gäbe, die vor allem in der Vergabe von Medikamenten bestünde, fühlten sie sich besonders stigmatisiert (vgl. Schulze 2005, S.129 u. 132). Häufig berichten Betroffene auch, dass durch die Diagnose die Rückkehr an den Arbeitsplatz erschwert würde, da diese oft von kritischen Bemerkungen, Misstrauen und der Aberkennung ihrer Fähigkeiten begleitet wurde. So befinden sich die Betroffenen vor allem auch bei Neubewerbungen in dem Dilemma, ob sie potenzielle Arbeitgeber über ihre Diagnose und ihren Psychiatrieaufenthalt informieren sollen oder nicht. Wenn sie ehrliche Angaben zu ihrer Vorgeschichte machen, hat dies häufig zur Folge, dass sie den Arbeitsplatz erst gar nicht bekommen. Das Verschweigen ihrer psychiatrischen Vorgeschichte hingegen kann bei Bekanntwerden dazu führen, dass sie entlassen werden, da sie bei ihrer Einstellung keine wahrheitsgetreuen Angaben machten. Auch die Wertvorstellungen unserer Gesellschaft, wie Leistungsdruck und

Wettbewerbsorientierung, erschweren es, aus der Sicht der Betroffenen, dass sie die vorherrschenden Kriterien für soziale Anerkennung und Integration erfüllen können (vgl. Schulze 2005, 131f.). Weitere Schwierigkeiten, berichten Betroffene, haben sie ebenso bei der Suche nach Partnerschaften oder der Aufrechterhaltung bestehender Partnerschaften. Ferner beschreiben Betroffene Probleme bei der Suche nach einer neuen Wohnung oder der Aufrechterhaltung des Mietverhältnisses, vor allem wenn die Nebenwirkungen von Psychopharmaka sichtbare Zeichen hinterlassen, die auch Laien sofort auffallen (vgl. ebd. S.129 u.131).

Betroffene, die mit den gesellschaftlichen Vorstellungen und Vorurteilen über sogenannte psychisch Kranke aufgewachsen sind, sind sich der ablehnenden Haltung gegenüber sogenannten psychisch Kranken durchaus bewusst und wenden diese negative Beurteilung häufig auch gegen sich selbst, was oftmals mit einer Verminderung des Selbstwertgefühls einhergeht. Die Angst davor, als „Krank“ oder „Verrückter“ erkannt zu werden, kann ebenso dazu führen, dass viele Betroffene ihre Probleme verbergen und sich regelrecht „überangepasst“ verhalten, um nicht aufzufallen und womöglich das Etikett, das Stigma des „Verrückten“, der nicht „ganz normal“ ist, zu bekommen. Doch durch diese Angst wird dem eigenen Verhalten übermäßig viel Aufmerksamkeit geschenkt und jede Handlung unter dem Aspekt betrachtet und gewertet, ob sie normal oder nicht normal bzw. „krank“ ist, was zu einer Verstärkung der Verunsicherung führt und den Betroffenen in seinem alltäglichen Leben sehr einschränkt, da er einen Großteil seiner Zeit dafür aufbringt, um zu überprüfen, ob sein Verhalten als „normal“ gelten könnte, wodurch er unter ständiger Anspannung steht (vgl. Knuf 2006, S.65f.; Finzen 2002, S.37). Eine Verheimlichung der Diagnose hat zur Folge, dass die Betroffenen nur noch selektiv über sich selbst erzählen können, da sie wichtige Aspekte ihres Lebens nicht erzählen möchten (vgl. Grausgruber 2004, S.29). Oftmals haben Betroffene so außerhalb der „Psychiatrieszene“ keine anderen sozialen Kontakte mehr, da die Angst vor gesellschaftlicher Ausgrenzung und Stigmatisierung in einen sozialen Rückzug mündet und sich die Betroffenen auch für ihre „Krankheit“ schämen sowie das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten verlieren (vgl. Schulze 2005, S.128; vgl. Knuf 2006, S.66).

5.4 Zwischen Hilfe und Gewalt – Zwangsmaßnahmen

Zwangmaßnahmen stellen in der Psychiatrie ein sehr zwiespältiges Thema dar, da einerseits die professionell Helfenden in ein Dilemma zwischen Hilfe und Gewalt geraten und andererseits Betroffene eine schwerwiegende Einschränkung ihrer Rechte hinnehmen müssen. Es ist zwar nach wie vor nur eine Minderheit der sogenannten psychisch Kranken von Zwangsmaßnahmen betroffen, dennoch weist diese Tatsache darauf hin, dass Betroffenen Rechte, die anderen Menschen zugesichert werden, durch eine psychiatrische Diagnose abgesprochen werden. Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose sind in unserem Staat die einzigen Menschen, denen die Freiheit entzogen werden darf, auch ohne dass sie eine Straftat begangen haben. Sie sind zudem, wenn die Aufhebung der Urteilkraft durch die sogenannte psychische Krankheit festgestellt wurde, die einzigen Patienten der Medizin, denen es verweigert wird, eine Behandlung abzulehnen, wenn sie diese nicht wollen. Denn infolge der Unterbringung auf einer psychiatrischen Station müssen sich Betroffene den Behandlungen, meist immer auch mit/durch Psychopharmaka unterziehen, ob sie dem zustimmen oder nicht (vgl. Finzen et. al. 1993, S.13f.; Rahn/Hunold 2000, S.134f.).

Ob ein Mensch zwangseingewiesen wird, ist nicht willkürlich zu entscheiden. So sieht es zumindest die Rechtsgrundlage vor. Jedes Bundesland verfügt über ein Gesetz („Gesetz über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken“, PsychKG), das eine Unterbringung (Zwangseinweisung) sogenannter psychisch kranker Menschen ermöglicht, wenn sie eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, da sie andere oder sich selbst in erheblichem Maße gefährden könnten, und das die Nachsorge durch Gesundheitsämter und Sozialpsychiatrische Dienste regelt (vgl. Rahn/Mahnkopf 1999, S.100). Die Unterbringung der Betroffenen dient in erster Linie dazu, eine Eigen- und/oder Fremdgefährdung abzuwenden, soll aber auch ermöglichen, dass die Betroffenen Hilfe annehmen, auch gegen ihren Willen. Die Psychiatrie erfüllt so eine Doppelfunktion, da ihre Aufgabe einerseits darin besteht, die Gesellschaft vor Menschen, die die öffentliche Ordnung gefährden, zu schützen und zu entlasten. Andererseits soll diesen Menschen bei der Überwindung ihrer Schwierigkeiten durch eine Behandlung in der Psychiatrie geholfen werden. Die Ordnungsfunktion der Psychiatrie, die auch als soziale Kontrolle bezeichnet wird, wird jedoch, durch das Ausgeben von Gewalt und Sanktionen als Hilfe, kaum wahrgenommen (vgl. Heuer/Schön 1997, S.290). So können Betroffene, wenn sie als gefährlich für sich und andere beurteilt werden, besonderen Sicherungsmaßnahmen unterzogen werden.

Nach § 29a Abs. 2 PsychKG (Berlin) sind besondere Sicherungsmaßnahmen: 1. die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien, 2. die Wegnahme von Gegenständen, 3. die Absonderung in einen besonderen Raum, 4. die Fixierung.

Nach dem PsychKG (Berlin) sind diese besonderen Sicherungsmaßnahmen immer von ärztlicher Seite anzuordnen, zu überwachen und aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für diese Anordnungen weggefallen sind (vgl. §29a Abs.3). In der Praxis wird das Gefährlichkeitskriterium, das es erlaubt, Betroffene diesen Sicherungsmaßnahmen zu unterziehen, jedoch sehr unterschiedlich interpretiert. Es liegt im Ermessensspielraum der Ärzte, wann sie Zwang und Gewalt einsetzen. Durch seine Unbestimmtheit erlaubt der Begriff der „Gefährlichkeit“ die Integration jeweiliger subjektiver Normenvorstellungen. So kann bereits das Werfen einer Bananenschale oder eine verbale Drohung ohne Tätlichkeit hinreichender Grund für die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen sein. Der Willkür sind hier Tür und Tor geöffnet (vgl. Rufer 2004, o.S.).

Rufer macht auch darauf aufmerksam, dass die Aggressivität Betroffener, wenn sie zwangseingewiesen werden, durch die Situation der Unterbringung bewirkt wird und nicht ausschließlich als Symptom, als krankhafte Besonderheit, zu betrachten ist.

„Wenn jemand sich gegen die Einweisung an einen Ort, den er fürchtet, sich gegen Einsperrung und Isolation, gegen die Einschränkung elementarster Menschenrechte, gegen die zwangsweise Trennung von Menschen, die er liebt oder gegen die Einnahme von Medikamenten wehrt, kann das doch nicht als Krankheitssymptom bezeichnet werden. Es handelt sich hier mit größter Wahrscheinlichkeit um eine einfühlbare, gesunde und selbstverständliche Reaktion eines Menschen, der seine Freiheit braucht und liebt.“ (Rufer 2004, o.S.)

Die Betroffenen können bei „Gefahr in Verzug“ bis zu 24 Stunden in der Psychiatrie festgehalten werden, bevor eine richterliche Anhörung erfolgt und der Richter entscheidet, ob eine längerfristige Unterbringung notwendig ist. Den Betroffenen wird dabei die Möglichkeit gegeben, zu ihrer Situation Stellung zu nehmen. Doch der Richter sieht den Betroffenen meist erst nach der Zwangsunterbringung, die in der Regel mit einer (Zwangs-)Medikation der Betroffenen einhergeht, die ihre Wahrnehmung und Artikulationsfähigkeit stark einschränken kann, so dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Situation adäquat darzustellen.

Wird Betroffenen die Fähigkeit, ihre Angelegenheiten zu besorgen, ganz oder teilweise nicht nur über einen kürzeren Zeitraum abgesprochen, kann eine

gesetzliche Betreuung nach §1896 BGB beantragt werden (durch jeden, der dies für notwendig erachtet und mit dem Betroffenen in Kontakt steht, wie auch durch den Betroffenen selbst). Das 1992 neu eingeführte Betreuungsgesetz hat das bis dahin geltende Vormundschafts- und Pflegschaftsgesetz abgelöst und soll die rechtliche Situation der Betroffenen verbessern (vgl. Huber 1999, S.676; Rahn/Mahnkopf 1999, S.99). Dennoch handelt es sich bei dem Betreuungsgesetz um eine Maßnahme, die in die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen eingreift. Der gesetzliche Betreuer kann in bis zu drei Bereichen (Vermögenssorge, Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht) eingesetzt werden und bekommt für diese Bereiche die Entscheidungsbefugnis übertragen. Der Betreuer darf verschiedene Maßnahmen in die Wege leiten, wenn diese seiner Ansicht nach zum Wohle des Betreuten erforderlich sind. So kann z.B. überprüft werden, ob Betroffene weiterhin regelmäßig die verschriebenen Psychopharmaka einnehmen oder regelmäßig einen Psychiater konsultieren. Betreuer haben zudem die Möglichkeit, wenn sie über den Bereich des Aufenthaltsbestimmungsrechts verfügen, zum Wohle des Betreuten den Aufenthaltsort zu bestimmen, bestenfalls in Abstimmung mit dem Betreuten. Hat der Betreuer z.B. den Eindruck, der Betreute müsse sich wieder einer stationären Behandlung unterziehen, kann er veranlassen (über ein zuständiges Gericht), dass sich der Betreute, auch gegen seinen Willen, in eine stationäre Behandlung begibt. Wenn Betroffene die Aufhebung einer Betreuung wünschen, auch wenn sie zuvor freiwillig in die Betreuung eingewilligt oder diese selbst beantragt haben, ist dies nur auf Antrag der Betroffenen über ein Gericht möglich, welches darüber entscheidet, ob die Betreuung noch erforderlich ist oder nicht (vgl. Huber 1999, S.677f.; Rahn/Mahnkopf 1999, S.100).

5.4.1 Vorstellung einer Studie zur Zwangsmedikation

Und wie erleben Betroffene die Anwendung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie? Erkennen sie, dass dies zum Wohle ihrer selbst dienen und sie auf den Weg der Genesung bringen soll? Empfinden sie diese Form der „Hilfe“ als hilfreich? Wenn nicht während der Behandlung, dann zumindest danach? Und wie erleben die professionellen Helfer den Einsatz von Zwang und Gewalt bei den Betroffenen? Sehen sie mögliche Alternativen?

Um Antworten auf diese Fragen zu finden, werden im Folgenden einige Ergebnisse einer Untersuchung zur Zwangsbehandlung an der psychiatrischen Universität in

Basel aufgegriffen, an denen Patienten sowie auch Ärzte und Therapeuten teilnahmen.

In der Baseler Studie wurden u.a. 54 Patienten, 30 Männer und 24 Frauen, die während des Aufenthaltes auf der psychiatrischen Station unter Zwang Medikamente einnehmen mussten, befragt. Auf die Frage hin, warum die Medikamenteneinnahme verweigert wurde, nannte ein Großteil der Patienten als Grund für die Medikamentenverweigerung, dass sie sich nicht krank oder nicht verstanden fühlten. Die Frage, ob Zwangsmedikation hätte vermieden werden können, beantworteten 76% der Patienten mit ja und 24% mit nein. Als mögliche Alternativen zur Zwangsmedikation wurden von den Betroffenen Gespräche mit einem Arzt, einer Bezugsperson oder Angehörigen/Freunden, die Rückzugmöglichkeit in ein Zimmer, die Entspannung unter Anleitung, Spazieren gehen oder andere körperliche Betätigung u.a. genannt. Insgesamt gaben demnach drei Viertel der Patienten an, dass mit der Anwendung entsprechender Alternativen die Zwangsmedikation hätte vermieden werden können. Als schwere Demütigung und Kränkung erlebten zwei Fünftel der Patienten die Einnahme von Medikamenten unter Zwang, als Strafe sah es ein Drittel der Betroffenen. Lediglich 13% der Befragten erlebten die Medikation als „Erlösung“. (vgl. Finzen et. al. 1993, S.69ff.).

Eine weitere Frage, die den Patienten gestellt wurde, lautete: „Wie ist rückblickend Ihre Einstellung zur Zwangsmedikation?“ Im Rückblick hielten zwei Fünftel der Befragten die Zwangsbehandlung für sinnlos, nur ein Sechstel hielt die Zwangsmedikation für notwendig, 76% gaben an, dass sich (auch im Rückblick) die Zwangsmedikation hätte vermeiden lassen können. Weiterhin ergab die Untersuchung, dass bei mehr als der Hälfte (56%) der Befragten bei der Zwangsmedikation körperliche Gewalt eingesetzt wurde (vgl. ebd., S.76f.). Dabei waren immer mindestens zwei oder mehr Personen anwesend, um dem Patienten unter Zwang Medikamente zu verabreichen. Bei sieben der Patienten waren 5 bis 11 (!) Personen anwesend. 61% der Patienten wurden zusätzlich zur Zwangsmedikation isoliert, meist mindestens 24 Stunden lang. Ein Patient erzählt dazu:

„Das Schlimmste ist dann, nach der Spritze allein im Isolierzimmer zu liegen. Dieses Mal hatte ich Glück, ich war nur einen Tag und eine Nacht im Isolierzimmer [...].“
(N.N. zit.n. ebd., S.126)

Im Zuge der Untersuchungen wurden auch die behandelnden Ärzte befragt. 50% der Befragten gaben auf die Frage nach ihren Empfindungen während einer

Zwangsmedikation an, dass sie sich „nervös“, „gestresst“ oder „unangenehm“ fühlten. Die andere Hälfte der Befragten empfand die Situation als nicht unangenehm; die Entscheidung zur Zwangsmedikation sei ihnen leicht gefallen, weil die Indikation eindeutig gewesen wäre. Die Zwangsmedikation wurde von allen befragten Ärzten als durchweg unvermeidlich angesehen. Sie machten lediglich den Hinweis das durch eine frühere Behandlung der Patienten es vielleicht nicht zu einer Zwangsbehandlung hätte kommen müssen (vgl. ebd., S.130). Aufschlussreich sind, vor allem im Rückblick darauf, dass die Mehrzahl der befragten Patienten als Alternative zur Zwangsmedikation u.a. ein vermehrtes Gesprächsangebot sehen, die Möglichkeiten, die in der Baseler Untersuchung zur Durchsetzung der Medikation bei Patienten aufgeführt werden. Es werden drei Möglichkeiten, die Ärzte haben, um die Medikation durchzusetzen, wenn der Betroffene eine Einnahme verweigert, genannt und statistisch erfasst. Diese sind: die Ankündigung von empfindlichen Nachteilen (Sperrung von Ausgang oder Urlaub u.a.), die Ankündigung von Zwang oder Isolierung und die Anwendung körperlicher Gewalt. In der Auswertung der verschiedenen Möglichkeiten ergab sich, dass bei 62 an der Untersuchung teilnehmenden Personen die Durchsetzung der Medikation, bei 6% der Teilnehmenden durch die Ankündigung empfindlicher Nachteile erreicht wurde, bei 31% durch Zwang oder Isolierung und bei 63% (körperliche) Gewalt angewendet wurde. Welche Versuche unternommen wurden, die befragten Patienten doch zu einer freiwilligen Medikamenteneinnahme zu bewegen, bleiben unerwähnt (vgl. ebd., S.100f.).

Die Ergebnisse der Baseler Untersuchung zeigen auf, dass die Haltung der Patienten, die zwangsmediziert wurden, dazu überwiegend negativ war. Sie erlebten die Zwangsmaßnahmen oft als willkürlich, vorschnell und überflüssig. Nur wenige der befragten Patienten empfanden die Zwangsmedikation als Erlösung. Bei Interviews, die mit den Betroffenen durchgeführt wurden, wiederholte sich beständig die Aussage, dass die Behandler nicht auf sie eingegangen wären und die Zwangsmaßnahmen hätten vermieden werden können, wenn man ihnen Zeit gelassen hätte, mit ihnen geredet hätte, wenn sie sich hätten zurückziehen können (vgl. ebd., S.140ff.). Das folgende Zitat steht nach Finzen et al. auch für viele andere:

„Wenn man mir nur zugehört hätte und ich eine Möglichkeit gehabt hätte, mich zurückzuziehen, wäre diese Situation vermeidbar gewesen. Wenn nur ein Raum vorhanden gewesen wäre, wo ich mich unter Aufsicht eines Pflegers oder einer

Krankenschwester hätte ausruhen und schlafen können. Auch ein Gespräch mit dem Arzt hätte mir geholfen....“ (N.N. zit. n. ebd., S.140)

Resümee

Trotz aller Kritik von Betroffenen und auch Juristen, die immer wieder auf die Grundrechte und Rechtsgleichheit in unserem Staat verweisen, die jedem das Recht auf Unversehrtheit des Körpers, das Recht auf freie Beweglichkeit, das Recht der Unantastbarkeit der menschlichen Würde u.a. zusichern, sind viele Ärzte der Überzeugung, durch Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen Betroffenen wirklich zu helfen. Trotz der erschütternden und eindeutigen Ergebnisse der Baseler Studie beschreiben Finzen et. al. es als eine mutige Tat, einem Betroffenen, der die ihrer Meinung nach notwendige Hilfe nicht annimmt, diese Hilfe aufzuzwingen. Sie sind der Überzeugung, dass Betroffene durch die Krankheit so verändert werden, *„daß sie nicht mehr wahrnehmen und beurteilen können, was richtig für sie ist und was sie wirklich wollen.“* (ebd. 1993, S.149) Die durch die vorgebliche Krankheit geschädigte Autonomie der Betroffenen erlaubt den professionellen Helfern, stellvertretend den wahren Willen des Betroffenen zu übernehmen. Der Wille der Betroffenen wird dabei notfalls mit Gewalt gebrochen, solange bis sie sich dem Willen der professionell Helfenden unterwerfen. Ziel dieser Fremdbestimmung und der mit der Zwangsbehandlung verbundenen Objektivierung der Betroffenen ist es, das Selbst der Betroffenen, ihre Subjektivität und Autonomie wiederherzustellen. Ein Paradoxon in sich (vgl. Vogd 2001, S.30). Doch Finzen et. al. sehen es als ein Recht des „psychisch Kranken“, dass diesem in bestimmten Situationen auch gegen seinen erklärten Willen geholfen wird und nennen es „Barbarei“, dem schwer „psychisch kranken“ Menschen die „medizinische Hilfe“ vorzuenthalten (vgl. ebd., S.149). Auf den Gedanken, dass sich Hilfe und Gewalt vielleicht sogar ausschließen kommen Finzen et. al. nicht. Ist es Barbarei, einem Menschen in Not ohne Gewalt zu begegnen und seine grundlegenden Menschenrechte zu achten?

Angesichts der eindeutigen Ergebnisse der Baseler Studie kann es nur als zynisch betrachtet werden, wenn Isolierung, Fixierung und Zwangsmedikation der Betroffenen als therapeutische Maßnahme dargestellt werden, die den Betroffenen auf den Weg der „Genesung“ bringen sollen. Doch die Verbindung der Psychiatrie mit der Medizin veredelt diese Eingriffe zu Maßnahmen der Hilfe und Menschlichkeit. Der Einsatz von Zwang und Gewalt bei der Behandlung Betroffener

und die Einschränkung ihrer Rechte erfährt seine moralische Legitimation durch das psychiatrische Krankheitsparadigma und die psychiatrische Diagnostik. Allzu gern wird dabei verschleiert, dass die oftmals auch sehr brutale Anwendung von Gewalt und Zwang unerträgliche und nicht selten traumatisierende Auswirkungen auf die Betroffenen haben (vgl. Rufer 2004, o.S.).

„All die Übergriffe im Zusammenhang mit Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung, all die Verletzungen von Menschen und bürgerlichen Rechten durch Schockbehandlungen und qualvolle Fixierung, bei der jemand an Händen und Füßen gefesselt und mit Psychopharmaka abgefüllt oder niedergespritzt wird, all dies wird durch das medizinische Krankheitsmodell gerechtfertigt, denn es unterstellt, daß die Opfer erkrankt und diese Barbareien Therapiemethoden einer mysteriösen unsichtbaren Krankheit sind.“ (Millett 1993, S.427)

KAPITEL III: VOM OBJEKT ZUM SUBJEKT – AKTIVES HANDELN STATT PASSIVES BEHANDELN

1. INDIVIDUALITÄT DES LEBENS

Mit dem Begriff der Individualität wird die Einzigartigkeit eines jeden Menschen beschrieben, so wird von M. Junge die Individualität auch als ein „sozialer Fingerabdruck“ bezeichnet (vgl. Junge 2002, S.28). Um menschliches Handeln verstehen zu können, reicht es nicht aus, allein das psychische Erleben des Menschen zu betrachten. Denn

„das Individuum, ob gesund im Geist oder nicht, ist kein Mechanismus, der auf eigene Faust funktioniert und nur durch innere Gesetze bestimmt wird. Im Gegenteil, das Individuum existiert und bestimmt sich als soziales Wesen: es ist in eine gegebene Gesellschaft, in einen gegebenen Ort eines weiten Gefüges zwischenmenschlichen Verkehrs eingefügt. Nicht seine ‚individuelle Daseinsweise‘ bestimmt seine ‚soziale Daseinsweise‘, sondern das Gegenteil ist der Fall. Sein sozialer Ort und seine soziale Praxis beherrschen seine Art zu handeln, zu fühlen und zu denken, im Guten wie im Bösen, in dem, was ihm leichtfällt, und in dem, was ihm schwerfällt.“ (vgl. Jervis 1978, S.87)

Schon als Kind erfährt der Mensch durch Milieu und Erziehung starke und bleibende Einflüsse, die die Entwicklung seiner Persönlichkeit, sein Denken, Fühlen, Handeln und Verhalten maßgeblich beeinflussen. Hinzu kommen vielfältige Wirkungen aus den Gruppenbeziehungen, welche die gesellschaftliche Umwelt bilden. Aus diesen Einflüssen resultiert das menschliche Verhalten und Handeln. Individualität muss also aus ihrem *„vital-emotional-geistigen Leben, den daraus herrührenden Bedürfnissen, den sozialen Beziehungen und den Umweltsituationen verstanden werden [...]“* (Kastor 2003, S. 23) Alle im Leben gesammelten Erfahrungen und Bewusstseinsinhalte beeinflussen das Erleben und Verstehen eines Menschen auf einzigartige Weise. Im Prozess des „Verstehens“ werden Informationen, Situationen und Erlebnisse in das eigene individuelle Bezugssystem subjektiv eingeordnet. So reagiert jeder Mensch in bestimmten Lebenssituationen auf eine eigene Art und Weise, die von verschiedenen Faktoren, wie Kindheitserfahrungen, Sozialisationsbedingungen, erblicher Veranlagung usw., abhängig sind (vgl. Kastor 2003, S.23f.). Von dieser Perspektive aus kann die „psychische Krankheit“ auch so zu verstehen sein, dass sich ein Individuum in einer gewissen Lebenssituation befindet, welche es mit ganz eigenen, persönlichen, individuellen Mitteln interpretiert und verarbeitet, dass sie eine Art zu leben und zu fühlen ist, die auf tiefe Weise zum Individuum gehört, dass sie eine seiner möglichen Arten ist zu *sein*,

oftmals die einzige Möglichkeit, die ihm noch geblieben ist. Und so gesehen ist die „psychische Krankheit“

„[...] kein zufälliger Auswuchs des Geistes und ebensowenig ein unerwarteter lasterhafter Umweg auf der Lebenslinie: Im Gegenteil, sie ist integrierender Bestandteil dieses Lebens, ist Geschichte, ist menschliches Geschehen und ein bedeutsamer Teil des menschlichen Geschehens.“ (Jervis 1978, S.162)

So ist es nicht die „psychische Krankheit“, die den Verlauf der Existenz verändert, sondern sie ist selbst die Veränderung des Verlaufs der Existenz, eine Erfahrung, ein Stück Leben, eine Krise und ein Ereignis, das den Menschen verwandelt und von seiner Individualität geprägt ist (vgl. ebd., S.162).

2. FATALE IMPLIKATIONEN

Trotz der neuen multifaktoriellen Betrachtungsweise „psychischer Erkrankungen“ ist in der gegenwärtigen Psychiatrie eine biologische Dominanz zu verzeichnen, die sich weiterhin am klassischen medizinischen Modell und dessen Begrifflichkeiten orientiert (vgl. Kapitel I Punkt 5). Es sind auch die modernen Klassifikationssysteme für die sogenannten psychischen Störungen fast genau so aufgebaut wie Klassifikationssysteme für physische Erkrankungen. Nicht zuletzt ist die Psychiatrie nach wie vor ein Teilgebiet der Medizin und auch Psychiater folgen einer medizinischen Dominanz. Psychiater sind Ärzte, die wie alle anderen Ärzte vorab ein Studium der Medizin absolvieren müssen, bevor sie sich auf ein Teilgebiet der Medizin, wie z.B. die Psychiatrie, spezialisieren (vgl. Bourne/Ekstrand 1991, S.447f.). Durch den Begriff der Krankheit wird von vornherein eine medizinische Betrachtungsweise des Verhaltens und Erlebens der Betroffenen impliziert, das so als „psychische Krankheit“ erkannt und definiert wird. Dies verleitet dazu, dass die Schwierigkeiten der Betroffenen auf ein intra-individuelles Problem reduziert und die Betroffenen zum Träger der sogenannten psychischen Krankheit werden (vgl. Dörner 1975, S.56). Doch die Bezeichnung des Verhaltens und Erlebens der Betroffenen als „psychische Krankheit“ führt weitreichende Folgen mit sich. Probleme, die vorher möglicherweise im Bezug zum eigenen Leben gesehen wurden, sind nun Symptome einer Krankheit, die einer ärztlichen, einer psychiatrischen Behandlung bedürfen (vgl. Wehde 1991, S.26). Zur Erklärung „psychischer Krankheiten“ werden zudem immer wieder Analogien aus der Körpermedizin

verwendet, obwohl auch in psychiatrischer Literatur z. T. erkennbar ist, dass der Begriff „Krankheit“ in der Psychiatrie völlig andere Dimensionen aufweist als in der restlichen Medizin. So wurde, wie schon in Kapitel II Punkt 2 erläutert, der Begriff der Störung eingeführt, der sich jedoch gegenüber dem dominierenden Begriff der Krankheit bisweilen nicht durchzusetzen vermag und letztendlich doch darauf hinausläuft, dass ein Individuum mit einer sogenannten psychischen Störung „psychisch krank“ ist. Durch diese medizinische Dominanz und die Verwendung des Begriffes „Krankheit“ kommt es schnell zu der Vorstellung, dass das Verhalten der Betroffenen ein unabhängiges, durch seine sogenannte Krankheit bedingtes Faktum ist, welches eine Behandlung rechtfertigt. Doch kein Verhalten einer Person, ob sie psychisch gesund oder „psychisch krank“ ist, kann „richtig“ verstanden werden, wenn es unabhängig von den individuellen Erfahrungen, den zwischenmenschlichen Beziehungen, unabhängig von der Lebensgeschichte und der Vergangenheit des Betroffenen betrachtet wird. Doch während bei sogenannten psychisch gesunden Menschen dieser Zusammenhang hergestellt wird, ihre Individualität also berücksichtigt wird, scheint dieser Zusammenhang zwischen Verhalten und Individualität bei sogenannten psychisch kranken Menschen nur bedingt berücksichtigt zu werden (vgl. Jervis 1978, S.86ff.) So scheinen „psychisch Kranke“ auf Grund ihrer Krankheit ein entsprechendes Verhalten zu haben, der „Schizophrene“ hört Stimmen, weil er Schizophrenie hat, oder der „Borderliner“ schneidet sich, weil er Borderline hat. Sein Verhalten wird durch die sogenannte Krankheit gesteuert und beeinflusst, so dass es ihm nicht mehr gelingt, auf bestimmte Situationen zu reagieren, die seine Umwelt als „normal“, als „gesund“ bewerten würde. Doch ausgehend von der Feststellung, dass jeder Mensch in bestimmten Situationen individuell reagiert, ist auch Verhalten, das andere nicht verstehen und nachvollziehen können, nicht zwingend als Indiz für eine Krankheit zu sehen. Es zeigt lediglich, dass dieser Mensch in einer anderen als der herkömmlichen Art und Weise reagiert. Doch wird dieses „andere“ als Krankheit benannt und das Verhalten des Betroffenen auf Symptome einer Krankheit reduziert, wird sein Denken, Fühlen und Verhalten zu einer Krankheit verallgemeinert und vereinfacht und durch diese Erkrankung erklärt, besteht kaum noch die Möglichkeit, dass neben der sogenannten psychischen Krankheit der Betroffene nicht nur als „Schizophrener“ oder „Borderliner“ gesehen wird, sondern auch als ein individueller Mensch, der vor allem aus dem Kontext seines Lebens heraus auf die eine oder andere Art und Weise reagiert, fühlt und denkt. Die individuellen Unterschiede verschwinden in

allgemeinen medizinischen Krankheitstheorien (vgl. Jervis 1978, S.83f; Hellerich 2003, S.82).

„Das Vorhandensein einer Krankheit zu beschwören, um die geistigen Störungen zu erklären, impliziert die Behauptung, daß die Dynamik der Störung von der der normalen Psyche völlig verschiedenen ist, aber diese Hypothese kann heute nicht mehr verteidigt werden.“ (Jervis 1978, S.89)

3. DIE WAHRNEHMUNG DER BETROFFENEN

Die durchgesehenen Erlebnisberichte und Interviews von Betroffenen beschreiben sehr unterschiedliche Erfahrungen, die Betroffene mit dem psychosozialen Versorgungssystem, Therapieangeboten und der Psychiatrie gemacht haben. Vor allem freiwillige therapeutische Maßnahmen, wie stationäre Psychotherapien und ambulante Therapieangebote, werden oft als hilfreich empfunden, um Lebenskrisen bzw. „psychische Krankheiten“ erfolgreich zu überwinden. Doch zeigen die Berichte, dass Betroffene hier sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben und mitunter mehrere Anläufe unternehmen mussten, bis sie eine ihrer Meinung nach gute Therapie finden konnten. Auch in verschiedenen Bereichen der psychosozialen Versorgung machten Betroffene die Erfahrung, dass ihnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zugesprochen wird und sie nicht nur als unmündige Kranke behandelt werden (vgl. z.B. Knuf 2002 (Hg.); Prins 2003 (Hg.); Stark/Bremer/Esterer 1997 (Hg.); Stoll 2002). Dennoch gibt es in der Praxis der psychosozialen Versorgung immer noch eine Anzahl Professioneller, die sich stark am medizinischen Krankheitsmodell von sogenannten psychischen Krankheiten orientieren und dem Selbstbestimmungsrecht ihrer Klienten nur wenig Raum lassen (vgl. Hellerich 2003, S.17). Hellerich veranschaulicht an Hand eines Fallbeispiels, wie sehr der Blick eines Sozialarbeiters auf die sogenannte psychische Krankheit seines Klienten den Klienten zuerst als „psychisch Kranken“ mit Defiziten in den Vordergrund stellt, so dass er die Potenziale seines Klienten vollständig verkennt und so zu immer wiederkehrenden Psychiatrieaufenthalten seines Klienten beigetragen hat (vgl. ebd. S.17ff.). Auch in einer Studie von Thomas Fink und Jasno Russo (2003) zu Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen zeigt sich eine große Unzufriedenheit der Betroffenen mit dem Hilfesystem in Berlin. Die angebotene Hilfe nahmen sie stark unter dem Aspekt der Fremdbestimmung und

Kontrolle wahr, die an ihrem tatsächlichen Hilfebedarf, ihrer konkreten Lebenssituation und ihren Wünschen vorbeiging (vgl. ebd., S.100). Im Falle einer psychiatrischen Behandlung erlebten die Betroffenen, dass eigene Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten meist nochmals verringert wurden. Bei amtlichen Betreuungsmaßnahmen hatten sie kaum noch eigene Entscheidungsmöglichkeiten (ebd., S.101).

Die Äußerungen der Betroffenen in den durchgesehenen Berichten und Interviews zu ihren Aufenthalten in der Psychiatrie waren meist von einem negativen Tenor geprägt. Nur wenige Betroffene erlebten die angebotene Hilfe der Psychiatrie als hilfreich und hatten das Gefühl, von den Professionellen ernst genommen zu werden. Es zeigt sich, dass die psychiatrische Diagnostik schnell zu einem Instrument werden kann, mit dem Betroffenen grundlegende Rechte abgesprochen und sie auf Grund ihrer „Krankheit“ zu unmündigen Patienten erklärt werden, um ihre Entscheidungen in Frage stellen zu können. Viele Betroffene berichten, dass sie bei einer Unterbringung der Willkür der Professionellen ausgeliefert waren und sich dabei missverstanden und ohnmächtig fühlten und dass sie vorrangig mit Psychopharmaka „behandelt“ wurden (vgl. z.B. Fink/Russo 2003; Kempker/Lehmann 1993 (Hg.); Prins 2003 (Hg.); Kessler 1997 (Hg.)). Um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie schnell das Krankheitskonzept der Psychiatrie dazu verleitet, die Individualität der Betroffenen nicht mehr wahrzunehmen, in hohem Maße Psychopharmaka zu verabreichen und Betroffenen auch heute noch ihre Rechte und Autonomie trotz aller Reformbemühungen und -veränderungen sowie gesetzlicher Vorsichtsmaßnahmen abzusprechen, werden an dieser Stelle die Erfahrungen und Erlebnisse einiger Betroffener mit der Psychiatrie wiedergegeben.

Deutlich tritt in den ausgewählten Zitaten auch hervor, dass die Betroffenen die erhaltene Medikation – meist unter Zwang – als wenig hilfreich empfanden.

Margret Osterfeld, die selbst jahrelang mit sogenannten psychisch kranken Menschen arbeitete, berichtet, als sie selbst eine schwere Lebenskrise erfährt und die Hilfe der Psychiatrie aufsucht, dass ihre Rechte kaum das Papier wert gewesen seien, auf dem sie gestanden hätten:

„Während eines ambulanten Gesprächstermins in einer Universitätsklinik wurde ich festgehalten und mit Hilfe einer Zwangseinweisung zur stationären Aufnahme genötigt. Dies geschah aufgrund der telefonischen Angaben meines Mannes. Keiner war bereit, mir zu erklären, worin die Eigen- oder Fremdgefährdung lag, die

erforderlich ist, um so einen Schritt zu rechtfertigen. Ich fühlte mich verraten und abgeschoben, verzweifelt und sehr viel kränker als noch während meiner freiwilligen Anreise. Erst vier Tage später erklärte ich in einer Anhörung der zuständigen Richterin, kein Vertrauen mehr zu der Universitätsklinik zu haben, da man hier den Angaben des Ehemannes übergroßen Wert beimesse, und wünschte, in eine Klinik meiner Wahl verlegt zu werden. So lösungsorientiert dieser Vorschlag war, so sehr zeigte er auch, dass ich [...] weiterhin hoffte, in einer psychiatrischen Klinik angemessene Hilfe zu finden. Ich entschied mich für eine sozialpsychiatrische Reformklinik, deren neue Leitung ein ‚bio-psycho-soziales‘ Konzept vertrat. Die Richterin stimmte diesem Wunsch zu, das zuständige Landgericht befand – allerdings erst zehn Wochen später –, dass die erste Unterbringung ‚von Anfang an unrechtmäßig‘ gewesen sei.

Nach wenigen Tagen in der Klinik meiner Wahl erschien zu meiner Überraschung meine Schwester in Begleitung einer Richterin und beantragte eine Eilbetreuung. Nach ausführlicher Anhörung kam die Richterin zu dem Ergebnis, dass eine Betreuung nicht erforderlich sei, da Krankheitseinsicht und Behandlungswille eindeutig vorlagen. Was tat die Klinik wenige Tage später? Sie beantragte eine Unterbringung nach öffentlichem Recht (PsychKG) mit der Begründung: Die Patientin ‚... gefährdet sich durch Chronifizierung‘, weil ich die vorgeschlagene Medikation ablehnte. Was tat die Schwester? Sie wandte sich an das Amtsgericht des Heimatortes der Patientin – gelegen zwischen beiden Kliniken und daher bisher nicht mit dem Fall behelligt –, und beantragte erneut eine Betreuung. Just als die Unterbringung nach Psych-KG abgelaufen war, kam der Beschluss auf Gutachtenerstattung zur Frage der Notwendigkeit der Betreuung. Als Gutachterin war eben die Leiterin der Klinik, die mich schon drei Wochen nach Psych-KG festgehalten hatte, bestimmt worden. Das Ergebnis war also voraussehbar.

An diesem Punkt entschloss ich mich zur Flucht aus der Klinik, eine Lösungsstrategie, die den beteiligten Professionellen zwar suboptimal erscheinen mag, mir aber ein Mindestmaß an Selbstbestimmung und Menschenwürde zurückgab. Nach vier massiven Versuchen in fünf Wochen, mir meine Persönlichkeitsrechte zu rauben, fühlte ich mich immer ohnmächtiger dem psychiatrischen System ausgeliefert, dem ich jahrelang vertraut hatte. Ich konnte dort kaum noch atmen, geschweige denn gesund werden. Welche langfristigen Auswirkungen es hat, wenn ein Mensch so massiv und wiederholt zum willenlosen Objekt der Wohltaten anderer wird, wenn die Freiheit, unser höchstes Rechtsgut, so leichtfertig und unzulässig geraubt wird, mag sich jeder selber ausmalen. Ich jedenfalls hatte lang genug erfahren, dass eine Psychiatrie, die nur auf Pillen und Zwang setzt, mehr zerstört als heilt.“ (Osterfeld 2003, S.54f.)

In einem Interview berichtet eine Betroffene von ihren Erfahrungen in der Psychiatrie. Sie hält die Art der Hilfe, die in der Psychiatrie angeboten wird, nicht für sehr hilfreich:

„Die wollten ja einem helfen, irgendwie auf ihre Art, aber die haben den falschen Weg eingeschlagen, möchte ich mal sagen. Die haben erst mal die Patienten so zugepumpt, dass sie sich kaum noch auf den Beinen halten konnten. Und wenn jemand in der Klinik ausgerastet ist, dann haben sie den mit Ledergurten an das Bett geschnallt. Aus den nichtigsten Gründen manchmal. Das ist mir auch passiert und ziemlich oft sogar. Ich wurde einmal eine Woche am Stück mit Fixiergurten am Bett festgeschnallt.“
(N.N., zit. n. Fink/Russo 2003, S.30)

Einige Betroffene machten die Erfahrung, dass sich die psychiatrische Behandlung fast ausschließlich auf die Vergabe von Psychopharmaka reduzierte:

„Aber sobald man sich mit einem, der ‚zuständig‘ ist, unterhält gibt es sofort Misstrauen: ‚Nehmen Sie Medikamente? Und ist das nicht besser für Sie?‘ Das scheint mir der Tenor zu sein und das erlebe ich als mein persönliches Schicksal. (...) [U]nd immer wieder muss ich um mein Recht kämpfen, nicht so zugeknallt zu werden.“
(N.N., zit. n. Fink/Russo 2003, S.32)

„Ja, ja. Die haben mich gefragt, ob ich Filme schiebe oder Stimmenhalluzinationen hätte. Ich sag: ich hab nur meine Gefühle, wo auch ab und zu Bilder hochkommen, und dann haben sie mir das verschrieben. Sonst haben sie mich da auch fallen lassen. Kein Gespräch, gar nichts, nur ich musste Medikamente nehmen. Und dann haben sie mich auch entlassen.“ (N.N., zit. n. ebd., S.33)

Als eine Mutter ihre Tochter in der Psychiatrie besucht, macht sie sich große Sorgen, da ihre Tochter kaum noch ansprechbar ist:

„Als wir Sanne am Donnerstag besuchten, war sie überhaupt nicht mehr ansprechbar: Sie hatte Haldol bekommen, und sie war total in sich gekehrt. Ich hatte kein gutes Gefühl. Die Ärzte wussten auch nicht, was sie machen sollten – außer eben Medikamente geben. Zudem war Sanne ‚auffällig‘ geworden: Sie hatte das Poster von ihrer Zimmer-Nachbarin runtergerissen, und sie hatte beim Essen Äpfel in die leeren Kaffeetassen getan.“ (Anna G., zit. n. Esterer 1997, S.34f.)

Sanne selbst beschreibt ihre Erfahrung in der Psychiatrie folgendermaßen:

„Nur gab es auch das Negative, nämlich Streß und Streiterein mit meinen Eltern, und dann die Psychiatrie – unfreiwillig. Denn dort hatte ich Heimweh, musste mich an Regeln halten, durfte mich nicht frei bewegen und kannte keinen Menschen. Außerdem bekam ich Medikamente, ohne deren Wirkungen zu kennen, und ich wusste nicht, warum ich dort war oder was alle von mir wollten. Anfangs habe ich geweint, dann gekämpft und dann nichts mehr gegessen und kaum etwas gesagt. Ich wollte raus!“ (Sanne G., zit. n. ebd., S.43)

In einem Interview erzählt Britta Nix von ihren Erfahrungen in der Nervenklinik in Berlin Spandau, die dazu führten, dass sie jegliches Vertrauen in die Institution Psychiatrie verlor. Kurz nachdem sie aufgenommen wurde, möchte sie unbedingt einen guten Freund anrufen. Da sie kein Geld bei sich hat, versucht sie, den Pflegern die Dringlichkeit dieses Telefonates zu verdeutlichen und bittet sie darum, dass sie vom Personaltelefon aus anrufen darf. Da die Pfleger dies nicht entscheiden wollen, rufen sie einen Arzt, der sich gegen das Telefonat entscheidet (vgl. Klett 1998, S.213f.).

“Da habe ich große Panik gekriegt und einen Wutanfall. Das ging aber alles noch. Ich bin eben ein bisschen laut geworden und habe mir den Namen des Arztes notiert. Ich habe gedroht ihn zu verklagen und so weiter. Da hat der gesagt, dann würde er mich jetzt fixieren. Ich habe geantwortet: ‚Nein, wenn Sie mich fixieren, dann bin ich festgebunden, und das erinnert mich an das, was ich mal erlebt habe. Ich bin mal vergewaltigt worden, und da bin ich auch festgebunden worden.‘ Daraufhin hat der gesagt, daß das eine mit dem anderen nichts zu tun hätte und ich nicht die ganze Nacht die Station wach halten könne. Er ließe mich jetzt fixieren. Und dann haben sie das gemacht. [...] Dann haben die mich fixiert. Als die mich an den Armen festgebunden haben, habe ich natürlich angefangen loszuschreien, sie sollen mich bitte losbinden. Ich könne das nicht ertragen, weil mich das an diese Situation erinnert, und ich hielte das im Kopf nicht aus. Ich würde wahnsinnig, habe ich denen gesagt. Das dürfen sie nicht machen. [...] Als ich dann längere Zeit still gewesen war, habe ich gefragt, ob sie mich jetzt losbinden würden. Das haben sie dann auch getan.

Dann haben sie mich in ein Zimmer geschoben, wo eine Patientin war, die gerade eingeliefert worden war. Die hab ich gefragt, ob sie nicht dreißig Pfennig hätte. Ich müsste mal dringend telefonieren. Da hat die zu mir gesagt: ‚Geh doch arbeiten!‘

Daraufhin bin ich etwas laut geworden mit ihr. Woraufhin die Pfleger reinkamen und mich wieder fixiert haben. Diesmal blieb ich, das bis zum nächsten Morgen. Als ich dann losgebunden wurde, bin ich sofort in das Zimmer gegangen, habe meine Klamotten gepackt und wollte gehen. [...] Es war auch eine Rose dabei. Als ich gehen wollte, hat mich jemand gefragt, wo ich hin will. Ich habe geantwortet: ‚ich geh jetzt hier raus! Ist ja wohl kein Thema nach dem, was hier gestern Nacht mit mir passiert ist. Daraufhin wurde sofort ein Alarmknopf gedrückt. Es kamen zehn Menschen an. Man hat mir gewaltsam diese Blumen aus der Hand gerissen. Meine Hand fing an zu bluten von den Dornen der Rose. Ich habe im Türrahmen gestanden und mich mit den Füßen und den Händen darin abgestützt. Aber die waren zehn Leute und haben mich auf das Bett geschmissen und mir die Klamotten vom Leib gerissen, alles total gewaltsam. [...] Dann haben die mich wieder festgebunden, und der Oberarzt kam und hat gesagt: ‚So, und jetzt gibt es zwei Spritzen!‘ Ich habe wieder gelogen: ‚Ich bin schwanger. Ich habe das gestern schon gesagt. Sie dürfen mir nichts geben‘ und so weiter. Er aber sagte: ‚das spielt jetzt keine Rolle, Sie brauchen das.‘ [...] Den Namen von dem Oberarzt habe ich vergessen, weil ich zwei Tage im Koma lag. [...] Ich kann mich noch erinnern, daß mich während des Komas jemand wachgerüttelt hat. Ich habe ganz verschwommen Umrisse von einem Gesicht wahrgenommen und nur ‚Oua, oua, oua‘ gehört. Das war alles ganz seltsam. Amtsarzt und Amtsrichter wollten mit mir sprechen. Ich war aber nicht in der Lage zu sprechen. [...] Ich habe diese Menschen gar nicht richtig gesehen. Ich kann dir gar nicht sagen, wie die aussehen oder heißen. [...] Der Amtsrichter hatte mich [...] mal eben per Beschluß für zwei Wochen untergebracht. [...]

Ich war aufgrund dessen, was ich erlebt hatte, zu diesem Zeitpunkt so drauf, daß ich telefonieren musste. Das war das, was mir geholfen hätte, und wenn der Arzt das kapiert hätte, dann hätte er mich telefonieren lassen. Ich hätte mit BEngel gesprochen, mich danach friedlich ins Bett legen können, und die Welt wäre in Ordnung gewesen. Das war es ja, was ich wollte: irgendwo mal zur Ruhe kommen, essen, schlafen.“
(Nix, zit. n. Klett 1998, S.214-217)

Die Erfahrungen, die Doris Steenken auf einer psychiatrischen Station eines Landeskrankenhauses machen musste, kamen ihr vor wie ein Aufenthalt in der Hölle. Unter dem Vorwand, sie sei suizidgefährdet, wurde sie in die Klinik zwangseingewiesen:

„Einige Stunden später fragte mich eine Krankenschwester, ob ich Atosil bräuchte. Ich sagte zu ihr, dass ich kein Atosil bräuchte. Abends gegen 23:00 Uhr kamen 6 Pfleger in den Aufenthaltsraum, wo wir ferngesehen haben, um mich zu fixieren, als

Begründung wurde angegeben, dass ich das Atosil nicht genommen hatte. Ich wurde auf den Flur geschleppt, fixiert und ich bekam eine Diazepanspritze. Anschließend schoben sie mich in das dunkle Badezimmer, wo kein Licht und keine Fenster waren. Ich schrie vor Angst, weil ich die totale Dunkelheit in dem Raum nicht ertragen konnte. Dann kam ein Pfleger und sagte zu mir, wenn ich noch mal Neurocil-Tropfen nehme, würden sie die Fixierung in ca. einer Viertelstunde lösen. Also nahm ich das Neurocil, aber ich blieb trotzdem die ganze Nacht fixiert im Bad. Morgens um ca. 05:30 Uhr wurde ich in das Aufnahme- bzw. Beobachtungszimmer geschoben. Gegen 10:00 Uhr wurde ich endlich von der Fixierung ‚befreit‘. Danach hatte ich den Wunsch zu duschen und zu frühstücken. Beides wurde mir in einem barschen Ton verweigert, weil es angeblich dafür zu spät wäre. In der Visite sagte mir der Stationsarzt, dass ich ab sofort das Zimmer nicht mehr verlassen dürfte. Wenn ich Rauchen oder zur Toilette gehen wollte, musste ich das Personal fragen, weil ich das nur noch in Begleitung von Pflegern durfte. Da ich diese Anweisungen nicht nachvollziehen konnte, war ich darüber sehr wütend und entsetzt. Vor Verzweiflung habe ich geweint. Daraufhin kam wieder der Arzt mit mehreren Pflegern und sie wollten mich erneut fixieren, um mir Cyatyl Z – Akkuphase zu spritzen. Da ich schon von der ersten Fixierung so traumatisiert war und ich das nicht noch einmal miterleben wollte, ließ ich diese Spritze freiwillig über mich ergehen. [...]

Die Erlebnisse waren für mich so traumatisch, dass ich sogar noch ein Jahr lang mit schweren Alpträumen, Angstzuständen und starken Schweißausbrüchen zu kämpfen hatte.“ (Steenken 2006, S.12)

Diese Liste ließe sich noch endlos fortsetzen. Die durchgesehenen Berichte und Interviews liefern zahlreiche Beispiele dafür, dass ein Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station mit dem Verlust der Autonomie und der Verletzung der Menschenwürde einhergehen kann, dass die Basis der Behandlung Psychopharmaka bilden, die Betroffenen nur wenig Gesprächsmöglichkeiten erhalten und ihre individuellen Bedürfnissen kaum wahrgenommen werden. Deutlich tritt in den ausgewählten Zitaten hervor, dass Behandlungen, insbesondere Zwangsbehandlungen, vielfach auch mit Motiven der Disziplinierung und Strafe für ungebührliches Verhalten verwoben sind. Vor diesem Hintergrund sind die Forderungen des von Psychiatrie-Erfahrenen gegründeten bundesweiten Verbandes (BPE) zu sehen, der sich zum Ziel gesetzt hat, Betroffene zu unterstützen und für sie Lobbyarbeit zu betreiben:

„Unsere Lebensbedingungen müssen humaner und die Hilfen für uns wirksamer werden. Wir fordern weniger Psychopharmaka und mehr Psychotherapien und ihre Bezahlung durch die Krankenkassen! Depressionen und Psychosen sind nicht medikamentös zu unterdrücken, sondern in ihrer Bedeutung wahrzunehmen und vermehrt in Gesprächen u.a. aufzuarbeiten. [...] Wir fordern die Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmentalität der herkömmlichen medizinischen Psychiatrie unter unserer Mitwirkung als gleichberechtigte Partner. Zwang und Gewalt erzeugen Angst, können aber wie Bevormundung und Verwahrung niemals Heilung bewirken. Wir fordern eine subjektorientierte Psychiatrie, die von unseren Erfahrungen und von unserem Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte ausgeht, die Dialog und Hilfe zur Verarbeitung der Inhalte der Psychosen und Depressionen anbietet und unsere Bedürfnisse berücksichtigt.“

(www.bpe-online.de/verband/bpe.htm , o.S. Abgerufen am: 04.04.07)

Resümee

Die Erfahrungen der Betroffenen und die Forderungen des BPE zeigen, dass ein Konzept, das die Probleme und Schwierigkeiten eines Menschen in einer psychiatrischen Diagnose zusammenfasst und auf eine „Krankheit“ zurückführt, leicht dazu führen kann, dass die Betroffenen grundlegende Menschenrechte verlieren und *„sich in die medizinisch wissenschaftliche Rationalität psychiatrischer Professionen leicht eine unheilsame und grausame Beziehungsdynamik einschleicht.“* (Vogd 2001, S.125) Während in vielen Bereichen der psychosozialen Versorgung soziale Aspekte stark an Bedeutung gewinnen, folgen Professionelle in der psychiatrischen Versorgung einer medizinischen Dominanz, welche die Beziehung zwischen Professionellen und Betroffenen maßgeblich bestimmt. Es wird eine eigene Klinikalltagswelt konstruiert, die durch „Behandlungsnotwendigkeiten“ wie Visite, Krankenpflege und Medikation bestimmt ist und Betroffene zu einem Objekt der Behandlung werden lässt und sich, statt an der Mitwirkung der Betroffenen, an einer Bevormundung durch medizinische „Experten“ orientiert (vgl. Heuck 2003, S.60ff.). *„ [...] ,denn der ‚psychiatrisch-diagnostische Blick‘ [...] vermag in seiner historisch verankerten Eindimensionalität nur in eine Richtung zu schauen: vom Subjekt zum Objekt.“* (ebd., S.70) Der psychiatrische Alltag bietet wenig Raum zur Gestaltung einer eigenen Identität jenseits des Krankengeschehens. Heuck kommt zu dem Schluss, dass insbesondere auf psychiatrischen Stationen auf Krankheitsmodelle im üblichen medizinisch-nosologischen Sinne zurückgegriffen

wird, welche soziale Aspekte außen vor lassen, die Beziehungen auf psychiatrischen Stationen wesentlich gestalten und durch welche die subjektive Perspektive der Betroffenen nicht wahrgenommen wird (ebd., S.60). Doch auch in Bereichen der psychosozialen Versorgung erleben Menschen, dass auf Grund ihrer psychiatrischen Diagnose ihre subjektiven Interessen, Sichtweisen und Bedürfnisse schnell übersehen werden (vgl. Fink/Russo 2003).

Die psychiatrische Diagnostik und die damit verbundene naturwissenschaftliche Betrachtungsweise von menschlichen Problematiken ermöglicht es überdies, Gewalt und Zwang als therapeutische Maßnahmen zu verschleiern sowie die Dramatik, die diesen Maßnahmen innewohnt, auszublenden. Die Maßstäbe des Ausgrenzens verschieben sich leicht in den Bereich des Harmlosen. Auch wenn es Betroffene gibt, die psychiatrische Interventionen gutheißen und die Psychiatrie als hilfreich empfinden, sollte dies nicht davon abhalten, Betroffenen die Möglichkeit zu geben, eine psychiatrische Behandlung abzulehnen, wenn sie diese als nicht hilfreich empfinden und nicht wollen (vgl. Rufer 2004, o.S.; Wehde 1991, S.33). Es stellt sich die Frage, ob Menschen durch die objektivierende Diagnostik in der Psychiatrie und die Dominanz der psychiatrischen Wissenschaft überhaupt als empfindsame, fühlende sowie eigenverantwortliche Menschen wahrgenommen werden können oder ob sie per se durch die wissenschaftliche verobjektivierende Betrachtungsweise und die Definition ihrer Schwierigkeiten als „psychische Krankheit“ ihrer Individualität beraubt und ihrer Eigenverantwortlichkeit enthoben werden.

4. MEDIZINISCHE DOMINANZ

Wie in Kapitel II Punkt 5.1 bereits erörtert wurde, wähnt die Psychiatrie, auf Grund ihrer vermeintlichen objektiven wahren Sichtweise, generelle situationsübergreifende Wahrheiten zu entdecken, zu deren Gunsten jedoch der Betroffene seine eigene subjektive wahre Sichtweise, die sich für ihn aus lebensgeschichtlichen Gründen ergibt, aufgeben muss (vgl. Hellerich 2003, S.14). Denn auch, wenn es mittlerweile vielfältige Theorien und Reformansätze in der Psychiatrie gibt, die u.a. eine wesentlich stärkere Berücksichtigung der Individualität und der damit verbundenen Ressourcen der Betroffenen verlangen, ist, wie eben aufgezeigt wurde, vielerorts die Praxis von einem anderen Bild geprägt, das sich nicht zuletzt aus dem

Krankheitsbegriff und seinen fatalen Implikationen herleiten lässt (vgl. ebd., S.17; Dörner 1975, S.56).

„Auf Grund der immer noch dominierenden Biopsychiatrie entspricht die gegenwärtige [...] Versorgungsform keiner grundsätzlich neuen Psychiatrie, denn die zentralen Säulen der Versorgung – die Kategorie Krankheit und die jeweiligen Interventionstechnologien – werden nicht hinterfragt und den Betroffenen werden keine Selbstgestaltungsmöglichkeiten und keine ‚Souveränität‘ zugeschrieben.“ (Hellerich 2003, S.26)

Durch die Anwendung des naturwissenschaftlichen Krankheitskonzeptes werden Betroffene sicherlich von kirchlichen oder moralisch-normativen Dogmen befreit, so dass sie nicht mehr als *faul* o.ä. bezeichnet werden. Doch birgt ein Krankheitsbegriff, der sich in erster Linie auf die Defizite eines Menschen konzentriert, der zu einer wissenschaftlichen wie gesellschaftlichen Verobjektivierung der Menschen beiträgt und individuelle Probleme auf einen im Menschen ablaufenden Krankheitsprozess reduziert, neben der positiven Auswirkung der Entschuldbarkeit der Arbeitsunfähigkeit die Gefahr, dass die Individualität eines Menschen nicht mehr wahrgenommen wird (von anderen und auch ihm selbst), so dass vielfältige Selbsthilfepotenziale verloren gehen und sich das Leiden der sogenannten psychisch kranken Menschen über viele Jahre erstreckt (vgl. ebd., S.56).

Die Probleme des Betroffenen werden in ein medizinisches Diagnose- und Klassifikationsschema untergeordnet, als Krankheit enttarnt und es wird überlegt, wie durch die entsprechende Behandlung die *Krankheit* behoben werden kann, nicht wie die individuellen lebensgeschichtlichen Probleme angegangen werden können. Betroffene machten die Erfahrung, dass sich Professionelle in erster Linie für ihre Krankheit und deren Behandlung interessieren und weniger für sie als Mensch mit Bedürfnissen (vgl. Schulze 2005, S.129). Die folgenden zwei Zitate verdeutlichen dies.

„Dabei haben sich erstaunlicherweise die Psychiatrie und ihre Mitarbeiter nie auffällig für die Lösung oder Aufdeckung meiner Lebensprobleme interessiert. Aber was pharmakologisch gut zu mir passt, das haben sie immer gewusst.“ (Siebrasse 1997, S.143)

„Ihre Entscheidungen [der Psychiater, d.A.] beruhten auf ihrem Wissen über ‚Schizophrenie‘, aber nie darauf, was sie von mir erfahren hatten. Ich habe große Angst vor abgeschlossenen und geschlossenen Türen; es war also sehr beängstigend

und quälend für mich, in einem verschlossenen Raum auf einer geschlossenen Station in einer abgeschlossenen Psychiatrischen Anstalt zu sein. All das wurde noch dadurch verschlimmert, daß mir die Psychiater Neuroleptika gaben, die meine Wahrnehmungsfähigkeit und Urteilskraft beeinträchtigten.“ (Smith 1993, S.54)

Diese Tendenz zeigt sich vor allem auch in der vermehrten Vergabe von Psychopharmaka, die lediglich die sogenannten Symptome unterdrücken, jedoch keine Heilung bewirken, aber zahlreiche schädliche Nebenwirkungen mit sich führen, was von vielen Autoren und Betroffenen bestätigt wird.¹ Dennoch sind Psychopharmaka meist die erste therapeutische Maßnahme. Sie werden oft als unumgänglich, als zwingend erforderlich zur Behandlung der sogenannten Krankheit erachtet. Nach Lehmann werden 95% der Untergebrachten mit „antipsychotischen Medikamenten“, also Neuroleptika, behandelt (vgl. Lehmann 1994, o.S.).

Zusätzlich werden den Betroffenen auch stationäre und ambulante Therapien empfohlen und angeboten und es stehen ihnen zudem andere Möglichkeiten der Unterstützung, z.B. durch Sozialarbeiter, zur Verfügung, doch ist auch in diesen Bereichen das Konzept vom „psychisch Kranken“ weit verbreitet, das zwar mittlerweile familiäre und soziale Faktoren berücksichtigt, aber dennoch den Betroffenen als „kranke Person“ identifiziert und ihm als Träger einer Krankheit nur bedingt Möglichkeiten des Einflusses auf seine Problematik zuspricht.

Wehren sich Betroffene gegen die Definition, ihr Erleben und Verhalten als sogenannte psychische Krankheit anzuerkennen, gilt dies nicht selten als krankheitsuneinsichtig und es wird ihnen eine fehlende „Compliance“ vorgeworfen. Compliance wird als Einsicht in das konzipiert, was Professionelle für richtig halten, und meint, das Betroffene die Behandlungsvorschläge der Professionellen befolgen sollen (vgl. Heuck 2003, S.73).

„ [...] wenn die Kranken erst einmal für die aktive Mitarbeit an der Umsetzung des Behandlungsplans gewonnen sind, vermittelt ihnen die tägliche eigenständige Medikamenteneinnahme nicht selten ein verstärktes Selbstbewusstsein und ein Gefühl der Freiheit“. (Finzen 2001, S.177)

So scheint es Finzen nicht darum zu gehen, gemeinsam mit dem Betroffenen nach einem individuellen Weg aus seinen Schwierigkeiten und Problemen zu suchen,

¹ Es soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, Psychopharmaka generell abzulehnen. Es gibt durchaus auch Betroffene, die Psychopharmaka als hilfreich empfinden (vgl. z.B. Prins (Hg.) 2003, S.32 u. 44). Dennoch ist es enorm wichtig, dass Betroffene über die Wirkungen und vor allem auch über die zahlreichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka aufgeklärt werden und selbst entscheiden dürfen, ob Psychopharmaka für sie eine angemessene Form der Unterstützung darstellen.

sondern lediglich um eine Mitarbeit an dem von den Professionellen entworfenen Behandlungsplan – einen Behandlungsplan, den die Professionellen aus ihrem Wissen über die „Krankheit“ entworfen haben und den der Betroffene akzeptieren muss. So schreibt Finzen zur Schizophrenietherapie u.a. folgendes:

„Schizophrenietherapie bedeutet, [...], ihnen [den „Kranken“, d.A.] die Krankheits- und Behandlungskonzepte der Psychiatrie verständlich machen, sie dazu bewegen, diese zu akzeptieren, [...], sie von der Richtigkeit der psychiatrischen Erfahrungen und Kenntnisse zu überzeugen und die Behandlung [...] durchzuführen.“ (ebd., S.177)

Dass die Erklärungen des Betroffenen, die sich für diesen aus seinem lebensgeschichtlichen Kontext ergeben, ebenso „richtig“ sind, beachtet Finzen nicht. Hegt der Betroffene Zweifel an der Richtigkeit der Behandlung, ist dies, so Finzen, meist krankheitsbedingt. Finzen empfiehlt, um Betroffene zu einer besseren Compliance zu bewegen, auf Analogien aus der Körpermedizin zurückzugreifen und dem Betroffenen zu erklären, dass z.B. auch Diabetiker ihr Leben lang Medikamente einnehmen müssen (vgl. ebd., S.176).

Durch das Bestreben der Psychiatrie, unverständliche Verhaltens- und Erlebnisweisen psychiatrisch einzuordnen und als sogenannte psychische Krankheit zu benennen, wird suggeriert, dass es sich bei „psychischen Krankheiten“ um autonome Entitäten handelt, denen ein vorbestimmtes Eigenleben anhaftet (vgl. Heuck 2003, S. 73f.). Die Abstrahierung der Probleme und Schwierigkeiten Betroffener als Symptome einer Krankheit führen schnell zu einer verobjektivierenden Betrachtungsweise, in welcher der Betroffene *„ohne sein individuell-biographisches und geschichtliches Gewordensein im ‚diagnostischen Blick‘ des Betrachters steht.“* (ebd., S. 73) Die Definitionsgewalt und der objektivierende Blick der Professionellen ermöglicht es, den Blick auf die sogenannte Krankheit zu reduzieren und die Individualität der Betroffenen auszublenden.

In neueren Konzepten der Sozialarbeit, wie der lebensweltorientierten Individualhilfe, wird von einer Definitionsgewalt der Professionellen stark Abstand genommen. Die lebensweltorientierte Individualhilfe ist darauf ausgerichtet, dass die Individualität der Klienten in hohem Maße berücksichtigt wird. Das Individualisieren wird als Arbeitsprinzip verstanden, durch welches es überhaupt erst möglich wird, einen verstehenden und wertschätzenden Zugang zum Klienten zu finden, um so zu einer gemeinsamen Problemlösung kommen zu können (vgl. Pantucék 1998, S.87f.).

„Der Klient hat ein Bedürfnis, als Mensch und Individuum ernst genommen zu werden, hat Anrecht darauf, daß sein Schicksal als besonderes, einmaliges beachtet und behandelt wird. Dies ist Voraussetzung für seine Kooperation und die mögliche Aktivierung seiner eigenen Kräfte zur Problemlösung.“ (ebd., S.88)

Auch die Systemtheorie verweist auf eine Notwendigkeit des Individualisierens, um einen verstehenden Zugang zu den Weltansichten des Klienten finden zu können und um mit ihm gemeinsam einen Lösungsweg für seine Problematik anstreben zu können (vgl. ebd., S.75). So bezeichnet es Pantucèk als die dunkelsten Zeiten der Sozialarbeit, wenn der professionelle Helfer allein entscheidet, *„wer Hilfe braucht, was Hilfe ist, und was für den Betroffenen gut ist.“* (ebd., S.76)

Doch in der Psychiatrie zeigt sich vielerorts nach wie vor das Bild des wissenden Psychiaters und des unwissenden Patienten, das an der Bevormundung durch medizinische „Experten“ orientiert ist.

Deutlich wird diese medizinische Dominanz auch in einem Brief eines klinischen Psychiaters an den Präsidenten der Psychiatrischen Kommission. Im Zusammenhang mit einer Patientin, deren Entlassung gerade angeordnet worden ist, heißt es:

„Durch den Verzicht auf die Behandlung der aktuellen manischen Phase sehen wir dieses der Patientin sehr wichtige Ziel (ihre neugeborene Tochter zu sich zu nehmen), schwer in Frage gestellt. Es liegt im Wesen der Erkrankung, daß die Patientin zum jetzigen Zeitpunkt die Tragweite ihrer Handlungen nicht einschätzen kann. Seit ihrem Austritt erscheint die Patientin täglich in der Klinik, verhält sich angetrieben, distanzlos, zieht mit anderen Patienten im Areal umher, wirkt insgesamt unordentlich. Aus unserer Sicht läßt sich eine neue Hospitalisation kaum vermeiden, da wir befürchten, daß die Patientin sonst in eine persönliche und soziale Katastrophe läuft.

Wir denken, daß die Patientin das Recht gehabt hätte, durch eine Behandlung auf der geschlossenen Station vor den Folgen ihrer Handlungen bewahrt zu werden.“ (zit. n. Finzen et. al. 1993, S.151)

Es sind die Psychiater, so Finzen et. al., die Betroffene von solch einem Unglück abhalten müssen *„wenn es die Krankheit selbst ist, die die Betroffenen in ihrer Urteilsfähigkeit so verändert, daß sie nicht mehr wahrnehmen und beurteilen können, was richtig für sie ist und was sie wirklich wollen.“* (ebd., S.149)

Aus seinem professionellen Wissen und seinen persönlichen Vorstellungen darüber, was gut oder schlecht für die Patientin ist, zieht der Psychiater Rückschlüsse, um zu entscheiden, was seiner Meinung nach das Beste für die Patientin ist. Dass die Patientin diese Ansicht nicht teilt, liegt laut des eben zitierten Arztes im „Wesen der Erkrankung“. Im jetzigen „kranken“ Zustand könne die Patientin also nicht die Tragweite ihrer Handlungen abschätzen und nicht wirklich wissen was sie will. Diese Auffassung lässt die Patientin jedoch regelrecht zu einer Marionette ihrer sogenannten Krankheit werden, so dass sie ihre Handlungen nicht mehr willentlich steuern kann. Nur der Psychiater könne ihr den richtigen Weg zeigen, den sie auf Grund ihrer sogenannten psychischen Erkrankung nicht zu erkennen vermag; notfalls wird sie eben mit Gewalt auf diesen Weg gezerrt, unabhängig davon, ob er ihr gefällt oder nicht, und unabhängig davon, ob sie diesen Weg überhaupt gehen möchte. Der Psychiater hat die Auffassung, die Patientin handle so, weil sie durch ihre „manisch-depressive Störung“ die Folgen ihrer Handlung nicht einzuschätzen vermag. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die Patientin ohne „manisch-depressive Störung“ die Folgen ihrer Handlungen abschätzen könnte und dann nicht so handeln würde. An dieser Stelle wird deutlich, dass der Arzt erst die Krankheit der Patientin sieht, bevor er die Patientin selbst sieht. Würde er ihre Handlungen nicht von vornherein im Kontext mit einer „psychischen Erkrankung“ sehen und erklären, sondern wahrnehmen, dass hinter diesen Handlungen in erster Linie die Patientin, ein Mensch, ein Individuum steht und nicht eine Krankheit, welche die Patientin an unsichtbaren Fäden steuert, könnte er vielleicht auch erkennen, dass die Handlungen für die Patientin durchaus eine Bedeutung haben und im Zusammenhang mit ihrer Individualität stehen. Auch Bezeichnungen wie „*Wesen der Erkrankung*“ oder „*die Krankheit selbst*“, die von den eben zitierten Ärzten verwendet wurden, deuten auf eine Verstehensweise der Probleme der Betroffenen, die stark an die Körpermedizin und deren Krankheitskonzept angelehnt ist und die Individualität des Betroffenen ausblendet, so dass er lediglich zum Träger der Krankheit wird.

Auf die Auswirkungen dieser medizinischen Dominanz auf die Eigenverantwortung der Betroffenen wird in Punkt 5 dieses Kapitels näher eingegangen. Vorerst wird untersucht, inwieweit eine psychiatrische Diagnose das Selbstverständnis der Betroffenen verändern kann und inwieweit sie durch die Übernahme psychiatrischer Terminologie den Bezug zu ihrer Individualität verlieren können.

5. VERÄNDERUNG DES SELBSTVERSTÄNDNISSES BETROFFENER

In Kapitel II Punkt 4 wurde dargestellt, dass Betroffene, die eine psychiatrische Diagnose erhalten und erfahren, dass sie an einer sogenannten psychischen Krankheit leiden, so ein Verständnis für ihre Probleme entwickeln können und es ihnen ermöglicht wird, über strukturelle Veränderungen nachzudenken. Doch durch eine Konfrontation mit psychiatrischen Begriffen kommt es auch dazu, dass Betroffene diese psychiatrischen Begriffe in ihre Terminologie übernehmen und dass sich gerade durch eine Konfrontation mit psychiatrischer Terminologie das Selbstverständnis der Betroffenen langfristig verändert (vgl. Riemann 1987, S.19). In seinem Buch „Das Fremdwerden der eigenen Biographie“ stellt Gerhard Riemann anhand narrativer Interviews dar, dass es zu einer Identifikation mit der sogenannten psychischen Krankheit kommen kann, die zu einer Fremdwerdung der Lebensgeschichte führt so, dass diese nur noch als Krankengeschichte verstanden und erzählt wird (vgl. ebd., S.497ff.).

„Die betroffenen Patienten werden in durchgreifender und – was ihr Verhältnis zu sich selbst betrifft – folgenreicher Weise mit mächtigen neuen Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen konfrontiert, ohne daß die Verfahren, denen sie unterworfen sind, systematisch auf die Herbeiführung einer Konversion hin inszeniert sind [...]. Das, was in diesem Prozeß hinsichtlich der eigenen Person übernommen wird, wird außerdem nicht zur Sinnquelle; die eigene Lebensgeschichte wird stattdessen oft in überzeugender Weise in die ‚Naturgeschichte‘ einer ‚Krankheit‘ transformiert.“ (ebd., S.501)

Riemann ist in den narrativen Interviews aufgefallen, dass die interviewten Betroffenen dazu tendieren, sich auf sich selbst in klinischen Kategorien zu beziehen und die Umstände ihrer freiwilligen oder auch unfreiwilligen Einweisung in eine psychiatrische Klinik in psychiatrischer Terminologie beschreiben. Folgende Aussagen einiger Interviewter zeigen dies deutlich.

„Ich weiß nur, daß ich dann in einem ganz hysterischen Zustand eingeliefert wurde, nicht.“ (Sendler, zit. n. Riemann 1987, S.412)

„Ich hatte aber das Bestreben, alles Mögliche anzufangen, und hab mich dann da so verzettelt, daß ich also mit siebzehn da'n Nervenzusammenbruch gehabt hab, nicht.“ (Rolfing, zit. n. ebd., S.412)

„Kam ich wieder in die Nervenklinik, weil ich Schlafstörungen hatte und die Wahnideen anfangen.“ (Jensen, zit. n. ebd., S.412)

Vor allem wenn die Betroffenen von einem „Rückfall“ berichteten, verzichteten sie meist darauf, diesen ausführlich zu erläutern, sondern erzählten lediglich, dass sie wieder „durchgedreht“ seien o.ä. (vgl. ebd., S.412). Doch wenn Schwierigkeiten ausschließlich in klinischen Kategorien definiert werden, kann es leicht geschehen, dass der Bezug, den diese Probleme zum eigenen Leben haben, verstellt und nicht erkannt wird, da die Probleme lediglich als Ausdruck einer „Krankheit“ verstanden werden. Laut Riemann kann dies zur Folge haben, dass Teile der eigenen Biographie fremd werden und so vielfältige neue Probleme entstehen. Er berichtet von einem Patienten, der ihm von vornherein sagte, dass er gern dazu bereit sei, ihm seine Lebensgeschichte zu erzählen, aber um etwas über die Krankengeschichte zu erfahren, müsse er die Ärzte fragen, da er darüber nichts sagen könne (vgl. ebd., S.436).

Dadurch, dass die Theorien der Psychiatrie auf das Selbst der Betroffenen abzielen, ist es unmöglich diesem Theoriebestand gegenüber gleichgültig zu bleiben.

„Das Partikulare und Unverwechselbare an seiner Geschichte und seiner Person lässt sich dadurch auflösen, daß es zu einem Beispiel für ein Muster wird, das ‚uns‘, den autorisierten Experten, bekannt ist und auf das ‚wir‘ immer wieder stoßen.“ (ebd., S.447)

Auch Riemann verweist auf die wissenschaftliche Dominanz der Psychiatrie, so dass die Theorien und Vorstellungen der Betroffenen einen definitiv niedrigeren Status erhalten als die Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen, mit denen sie durch die Psychiatrie konfrontiert werden. Da die Theorien der Psychiatrie gesellschaftlich anerkannt, wissenschaftlich legitimiert sind und institutionell vertreten werden, entfalten sie eine übermächtige Wirkung auf den Betroffenen, zumal sie in Krisensituationen für die Betroffenen selbst und die Umwelt plausible und akzeptable Erklärungen anbieten, wenn die eigenen theoretischen Kenntnisse nicht mehr ausreichen, um das, was geschieht, hinreichend zu verstehen und erklären zu können (ebd., S.447). *„Im Extremfall verwandelt sich die eigene Lebensgeschichte in eine Naturgeschichte, die der eigenen Kontrolle und dem eigenen Verständnis völlig entzogen ist, die Diagnose steht dann für die ganze Person.“* (ebd., S.448)

Der Verlust der Beziehung zur eigenen Biographie wird an folgendem Beispiel deutlich, als einer der Interviewten Riemanns, kurz nachdem er begonnen hatte, seine

Lebensgeschichte zu erzählen, „*eine vorgehende theoretische Bemerkung zu seinem ,ganzen Leben‘*“ (ebd., S.448) macht:

„Und die ganze Entwicklung, wenn ich jetzt zurückdenke, hat immer so aus vollen Ängsten bestanden, das ganze Leben, also meine 24 Jahre. Ich konnte nachts also als kleines Kind nicht einschlafen, hab immer schlechte Träume miterlebt, ne, eh weil ich nun nervenkrank bin, ne.“ (Banz, zit. n. ebd. S.448)

Folgende Zitate aus durchgesehenen Erfahrungsberichten Betroffener zeigen eine ähnliche Tendenz und bestätigen Riemanns Aussagen:

„Ich hatte damals schon das Gefühl, es nicht mehr aushalten zu können und durchzudrehen. Heute weiß ich, daß es schon Symptome einer Depression gewesen sein können.“ (Rena G. In: Stark/Bremer/Esterer (Hg.)1997, S.76)

„Das Umgehen mit den freundschaftlichen Beziehungen bereitet mir große Schwierigkeiten. Auch dort wirkte sich die Nähe-Distanz-Störung aus.“ (Tiek 2002, S.82)

„Ich war bereit, jedem Profi am Telefon Auskunft über meine Lebens- und Krankengeschichte zu geben [...] und schon bald habe ich mich nur noch auf meine Krankengeschichte reduziert.“ (Christiane In: Knuf (Hg.) 2002, S.20)

„Bis heute ist sicher ein Kennzeichen meiner Erkrankung, dass ich täglich gegen den Wunsch nach Regression anarbeiten muss.“ (Christiane In: Knuf (Hg.) 2002, S.21)

Riemann stellte bei einem weiteren Interviewten fest, dass dieser, als er ihn fragte, „*wann er das erste Mal das Gefühl gehabt habe, daß es ihm nicht so gut gehe, und wie es dann zum Krankenhausaufenthalt gekommen sei*“ (ebd., S.457), zur Beantwortung dieser Frage bis in die Kindheit zurückgeht und diese Frage eher als Frage nach den Ursachen seiner Krankheit versteht und Spannungen in der Familie andeutet, da einige Professionelle von einer sogenannten pathogenen Familienstruktur ausgegangen waren. Statt sich auf eigene Erfahrungszusammenhänge zu stützen, übernimmt er die professionelle Sichtweise von der Vorstellung seines Problems (vgl. ebd., S.457). Die eben genannten Zitate von Betroffenen unterzeichnen auch diese Feststellung Riemanns.

Im Extremfall wird die Diagnose ein Teil der eigenen Identität. Folgende Aussage einer Betroffenen verdeutlicht dies:

„Für mich gehört die Diagnose zu meiner Identität, und ich bin nicht sicher, ob ich damit einverstanden wäre, wenn sie mir genommen würde. Ich weiß nicht, woran ich erkennen könnte, dass ich nicht mehr ‚borderline‘ bin.“ (Christiane In: Knuf (Hg.) 2002, S.22)

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Verwendung psychiatrischer Begriffe den Betroffenen ermöglicht, die moralische Bewertung ihres Verhaltens zum Teil zu neutralisieren (zum Teil, da Betroffene die „Schuld“ an der sogenannten psychischen Krankheit auch oft bei sich selbst sehen) und es ihnen so ermöglicht wird, für persönliche Krisen einen erklärenden psychiatrischen und auch anonymisierenden Titel zu verwenden, um nicht auf eventuell schmerzhaft und schambesetzte Details eingehen zu müssen (vgl. Riemann 1987, S.447). Doch kleiden sie ihre Probleme in eine psychiatrische Terminologie, entziehen sie sich dem Verständnis, ihre Probleme in Bezug zum eigenen Leben zu sehen, sie als Ausdruck ihrer Individualität wahrzunehmen und nicht nur als Symptome einer Krankheit, die in erster Linie von Professionellen behandelt werden muss. Die Vorstellung, dass eigene verrückte Erlebnis- und Verhaltensweisen Symptome einer Krankheit sind, begünstigt zudem, dass Betroffene die Verantwortung für sich selbst an andere abgeben, denn sie gelten ja als krank.

6. BEEINFLUSSUNG DER EIGENVERANTWORTUNG

Verantwortung ist ein vielschichtiges Phänomen im Alltag, welches in unserer Kultur von großer Bedeutung ist, aber nicht direkt wahrgenommen werden kann, da es ein theoretisches Konstrukt ist. Verantwortung zu übernehmen bedeutet, die Folgen eigener oder fremder Handlungen zu tragen (vgl. Auhagen 1999, S.21f.). Unter dem Aspekt der Eigenverantwortung betrachtet heißt dies, dass Verantwortung für die eigenen Handlungen und das eigene Verhalten übernommen wird und so die Konsequenzen der eigenen Handlungen berücksichtigt und getragen werden. Das Individuum ist also selbst verantwortlich dafür, wie es handelt und wie es sich verhält und muss für die Folgen seiner Handlungen und seines Verhaltens einstehen.

Ausnahmen bilden in unserer Gesellschaft Menschen, denen auf Grund einer Krankheit die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln nicht mehr zugesprochen wird, da die Krankheit ihnen verwehrt, die Konsequenzen ihrer Handlungen ausreichend berücksichtigen zu können und ihr Verhalten beeinflussen. Durch ein vorherrschendes medizinisches Verständnis von sogenannten psychischen Krankheiten, das sich weitgehend an den Vorstellungen von Krankheit aus der Körpermedizin (vgl. Kapitel III Punkt 2) orientiert, wird die sogenannte psychische Krankheit als Ursache eines Verhaltens angesehen, die professioneller Behandlung bedarf und die darüber hinaus als verantwortlich für das entsprechende Verhalten oder Erleben scheint. Dies kann, wie schon erwähnt, einen äußerst entlastenden Effekt auf die Betroffenen haben, da dem Verantwortlichsein für die eigenen Handlungen und das eigene Verhalten auch eine Schuldzuweisung innewohnt, wenn Verhalten und Handlungen als unverantwortlich und somit untragbar von einer Gesellschaft eingestuft werden. Durch das Konzept der Krankheit wird es möglich, dass bestimmte abweichende Verhaltensweisen von einer Gesellschaft akzeptiert werden, da der Betroffene so als nicht mehr verantwortlich dafür erscheint und ihn keine Schuld trifft, dass er so handelt („er kann nichts dafür, er ist krank“). Auch Betroffenen selbst wird es dadurch ermöglicht, dass sie sich für ihr Verhalten nicht schuldig fühlen, das außer durch Krankheit als unentschuldig gilt, wenn es den gesellschaftlichen Normen und Anforderungen nicht mehr gerecht wird. Doch das Ablegen von Verantwortung durch das psychiatrische Krankheitskonzept kann dazu führen, dass Betroffene auch die Verantwortung für ihre „Genesung“ an Professionelle abgeben und erwarten geheilt zu werden, da Krankheiten in den ärztlichen Aufgabenbereich gehören (vgl. Bourne/Ekstrand 1992, S.448; Hellerich 2003, S.36). Hellerich gibt jedoch zu bedenken, dass sich der Mensch weniger selbst hilft, je mehr er an Experten delegiert (vgl. ebd., S.40). Doch die Veränderung unerwünschten Verhaltens ist nur möglich, wenn Betroffene selbst aktiv an den gewünschten Veränderungen arbeiten und dafür die Verantwortung übernehmen. Aber das Krankheitskonzept der Psychiatrie mit seinem defizitären Blick spricht den Betroffenen grundlegende Fähigkeiten und Ressourcen ab und entbindet die Betroffenen von der Verantwortlichkeit für ihr eigenes Verhalten und Handeln. Da Betroffene somit nicht mehr verantwortlich für ihr Verhalten und Handeln sind und als Entschuldigung eine Krankheit angeführt wird, kann dies schnell zu einer passiv abwartenden Haltung gegenüber den Professionellen führen, die dem sogenannten Heilungsprozess nicht förderlich ist und zu einer „Chronifizierung“ der sogenannten

Krankheit führen kann (vgl. ebd., S.33; Haisch 2002, S.1; Jervis 1979, S.158). Das Krankheitskonzept der Psychiatrie unterstützt diesen Prozess, da die wissenschaftliche Dominanz der Psychiatrie dazu führt, dass die Professionellen die Probleme definieren und meist auch eine Lösung für diese Probleme parat haben und die Selbsthilfemöglichkeiten der Betroffenen unterschätzen (vgl. Hellerich 2003, S.40). „Die medizinische Expertokratie definiert, wer krank ist, was Krankheit ist und wodurch sie bedingt ist und sie schreibt dann vor, wie, wer, womit behandelt wird.“ (ebd., S.40)

Folgende Zitate aus Erlebnisberichten Betroffener sowie aus verschiedenen Interviews mit Betroffenen zum psychiatrischen Hilffsystem verdeutlichen, dass die wissenschaftliche Dominanz der Psychiatrie dazu führen kann, dass den Betroffenen die Verantwortlichkeit für ihre Probleme und für ihr Handeln abgenommen wird:

„Die ganze Bevormundung und diese Medikamente müssen sie nehmen. Und wenn man gesagt hat: ‚Herr Doktor‘ – oder zu dem Pfleger – ‚ich vertrage das nicht, könnte ich was anderes haben‘. ‚Nein, Sie müssen das nehmen.‘ Dann wurden einem Vorschriften gemacht, und man konnte nicht selber entscheiden, was man da kriegte.“ (N.N. zit. n. Russo/Jasno 2003, S.32)

„In den therapeutischen Wohngemeinschaften, da nehmen die sich heraus und sagen: Du bist jetzt der Klient und hast zu tun was wir wollen. Und der Klient hat nicht so viel Chance zu sagen: ‚Da hast du Mist gebaut!‘ Wenn man das sagt, sitzt man wieder in der Klapse.“ (N.N. zit. n. ebd., S.71)

„Ich habe schon zu viele Beratungsgespräche gehabt. Mir fällt an jeder Ecke irgendein Satz, eine Äußerung zu mir ein. Ich habe eine Zeit gehabt, da wussten alle besser Bescheid als ich selber. Die wussten immer, wo es langt geht.“ (N.N. zit. n. ebd., S.92)

„Meine Freundin schickte mir Material über diese Einrichtung und ich legte es dem behandelnden Arzt vor: Diesem ging das ein wenig zu schnell. „Sie sind noch nicht so weit“ – ein Satz, den ich von ihm schon kannte – „Vorher sollten sie erst einmal in eine Tagesklinik gehen. Dann wird man sehen.“ Ich sah keine Möglichkeit, dies zu diskutieren, und so fügte ich mich in den Umweg.“ (Blume 2003, S.40)

„Noch immer höre ich von Mitpatientinnen, dass im Fall einer psychotischen Erkrankung von einer Psychotherapie [...] von ärztlicher Seite dringend abgeraten wird. Der ärztliche mahnende Zeigefinger saust hoch mit der Bemerkung: „Das ist für

ihre Erkrankung nicht geeignet und viel zu gefährlich für sie!“ Auch mir wurde bei meiner Diagnose ‚Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis‘ mit einer solchen Bemerkung durch meinen Arzt von einer Therapie abgeraten. Ich sollte doch lieber die verschriebenen Medikamente nehmen, die gerade wegen zu großer Nebenwirkungen während einer Kur abgesetzt worden waren.“ (Rosa P. In: Prins (Hg.) 2003, S.69)

Im Falle dieser Aussagen zeigt sich, dass Professionelle, mit denen die Betroffenen in Kontakt kamen, vorgeblich besser wussten, was den Betroffenen gut tut und was ihnen hilft. Entscheidungen, die ihr Leben anbelangen, wurden von den Professionellen getroffen und sie selbst hatten kaum die Möglichkeit, diese Entscheidungen in Frage zu stellen.

Doch mittlerweile wird unter Betroffenen zunehmend der Standpunkt vertreten, dass Betroffene Experten ihrer selbst sind und dass sie mit der Übernahme von Verantwortung für ihr Erleben, Verhalten und Handeln auch aktiv für ihre Interessen eintreten (vgl. Hellerich 2003, S.34 u. 39).

„Dabei fordert das ‚Laien-Wissen‘ der Psychiatrie-Erfahrenen die wissenschaftliche Objektivität der Experten heraus und weist den Weg, wie ein Problem definiert wird und welche Problemlösungsstrategien möglich sind.“ (ebd. S.37)

6.1 Von der Passivität zur Aktivität

„Der Alltag in der Psychiatrie ist für die Betroffenen zumeist fremdbestimmt. Da sie sich und ihre eigenen Vorstellungen über Rehabilitation nur beschränkt einbringen können, erscheint ihnen das von der Psychiatrie macht- und wissensgesteuerte Leben nicht selten als leer, fremd und sinnlos.“ (ebd., S.25)

Die Psychiatrie neigt dazu, auf Grund ihrer gesellschaftlich anerkannten Theorien von vornherein zu wissen, was gut für Betroffene ist und welchen Weg sie einschlagen müssen, um ihre Krise zu überwinden. Entscheidungen, die ihr eigenes persönliches Leben betreffen, werden nicht mehr von ihnen selbst getroffen, sondern von Professionellen. Knuf führt jedoch Untersuchungen an, die zeigen, dass sich Menschen (zumindest in der sogenannten westlichen Welt) aktiver verhalten und Krisen besser bewältigen können, wenn sie über zentrale Bereiche ihres Lebens selbst entscheiden können (vgl. Knuf 2006, S.32). Um Betroffenen ein höheres Maß an Selbstverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen, ist es notwendig,

die vielfältigen Fähigkeiten und Möglichkeiten Betroffener zu fördern und sie nicht allein auf ihre sogenannte Krankheit zu reduzieren die behandelt werden muss und sie zu einem Objekt eben jener Behandlung werden lässt (vgl. Voelzke 2001, S.543). Es sollten mit Betroffenen vermehrt Handlungsmöglichkeiten erarbeitet und ihnen die Entscheidung überlassen werden, welche dieser Möglichkeiten die beste für sie darstellt (vgl. Pantucèk 1998, S.71). Viele Betroffene verweisen mittlerweile auf ihr eigenes „Erfahrungswissen“ und sehen sich als Experten ihrer selbst. Der Leitsatz des BPE verdeutlicht diese Einstellung. *„Willst du etwas wissen, so frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten.“* (zit. n. Hellerich 2003, S.49)

Doch der psychiatrisch begrenzte Blick auf die Defizite der Betroffenen verkennt dieses „Erfahrungswissen“, das eine Fähigkeit darstellt, den Alltag verstehen zu lernen und das Möglichkeiten lebensweltlicher Problembewältigungen aufzeigen kann (vgl. ebd., S.37).

„Die Betroffenen, die ihre eigenen Gesundheitsressourcen entdecken und daher nicht länger durch Experten vertreten, sondern ihre eigenen Repräsentanten sein wollen, spüren in sich eine Kraft oder Macht über ihr eigenes Leben in der Form von neu entwickelten Kompetenzen, Kontrollübernahme, Eigenverantwortlichkeit und erweiterter Involvierung.“
(ebd., S.38)

Wird Betroffenen die Verantwortung für ihr Leben nicht abgenommen, haben sie die Möglichkeit, eine selbstbestimmende Subjektivität zu erlangen und mehr Einfluss auf ihre Lebenswelt zu nehmen. Werden ihre Probleme nicht nur als Symptome einer Krankheit erkannt, für die sie nicht verantwortlich sind, da es sich eben um eine Krankheit handelt, sondern als Ausdruck besonderer Schwierigkeiten im Leben gesehen, die nur sie selbst auch überwinden können, steigen die Erwartungen an das eigene Selbst, aktiv an diesem Prozess mitzuarbeiten (vgl. ebd., S.39).

Doch um Verantwortung für das eigene Selbst übernehmen zu wollen, müssen sich Betroffene auch als kompetent genug erleben. In einer Untersuchung über verantwortliches Handeln stellte E. Auhagen fest, dass Menschen, die sich selbst als kompetent erleben, eher dazu bereit, sind Verantwortung zu übernehmen. Dass erlebte Kompetenz die Übernahme von Verantwortung begünstigt, führt sie darauf zurück, dass diese Personen eher an eine Bewältigung von Situationsanforderungen glauben. Das Gefühl, kompetent zu sein, spricht für die Entscheidung Verantwortung zu übernehmen (vgl. Auhagen 1999, S.208).

„Wer sich in der Verantwortungssituation kompetent glaubt, fühlt sich sicherer und einflussreicher, erlebt diese als positiv für sich selbst und ist mit der Situation zufriedener. [...] Lerntheoretisch ausgedrückt liefert eine Verantwortungssituation, die man unter anderem aufgrund eigener Kompetenz meistert und positiv erlebt, eine Form der Verstärkung für das eigene Selbst.“
(ebd. S.208)

Sie kommt weiterhin zu dem Schluss, dass das Fördern von Kompetenzen die Basis einer vermehrten Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme bildet und dass einer Verantwortungsübernahme die Mobilisierung eigener Aktivitäten und Fähigkeiten folgt. Wird das verantwortliche Handeln zudem als selbstbestimmt und mit Freiraum erlebt, wird eine Situation eher als angenehm wahrgenommen und positiv bewertet, während Einschränkungen Anlass zum Ärger geben. (vgl. ebd., S.208f. u. 247).

„Eine Erreichung der eigenen Ziele auf der Basis innerer Motive sowie der Eindruck, etwas beendet zu haben, gehen häufig mit Freude, Zufriedenheit und positiver Bewertung für die eigene Person einher [...].“ (ebd., S.247)

In neueren Konzepten, wie der des Empowerments oder der Salutogenese, gewinnt der Aspekt der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung im Umgang mit Betroffenen zentrale Bedeutung. Um die Betroffenen zu mehr Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zu befähigen, sind, nach Voelzke (2001, S.535), folgende Dinge zu beachten.

- *„Ein eigenes Verständnis der Situation, Stärken und Möglichkeiten entwickeln*
- *Problemlagen selbst definieren*
- *Das Gefühl haben, selbst etwas ändern zu können*
- *Entscheidungsmacht und Wahlmöglichkeiten haben*
- *Eigene Rechte und Möglichkeiten wahrnehmen*
- *Veränderung bewirken, im persönlichen Bereich und in der Gemeinschaft*
- *Den eigenen Weg, die eigene Identität selbst und neu bestimmen*
- *Den eigenen Lebensweg akzeptieren und darin einen Sinn erkennen können“*

Mit einer solchen Herangehensweise an die eigenen Probleme und Schwierigkeiten tritt der Aspekt der Eigenverantwortung stark in den Vordergrund. Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung werden so zu einer Voraussetzung, um ein zufriedeneres Leben führen zu können. Die folgenden Aussagen Betroffener

bestätigen, wie wichtig die Übernahme von Verantwortung ist, um von einem passiven Behandeln zu einem aktiven Handeln zu gelangen.

„Es ist ganz wichtig, dass man sich selber beteiligt und nicht total assistiert wird.“
(N.N. zit. n. Russo/Fink 2003, S. 82)

„Ich lerne auch alleine aus der Krise rauszukommen. Ich gebe mir selber Mut. Lieber so viel wie möglich alleine schaffen, man sollte sich nicht immer auf andere verlassen.“ (N.N. zit. n. ebd., S.93)

„[I]ch [möchte] genau wissen, wie ich mich unter Kontrolle bekomme, wie ich das mache, welche Möglichkeiten ich habe und wie lange das dauert. Und ich möchte das möglichst alleine schaffen. So dass ich jederzeit dazu in der Lage bin, dass ich alleine damit zu Recht komme. Ich möchte meine eigenen Erfahrungen machen.“ (N.N. zit. n. ebd. S.94)

„Verantwortung ist jetzt für mich wie ein liebevolle Schwester. Sie unterstützt mich. Sie zeigt mir , was gut für mich ist und hilft mir, es zu tun. Heute morgen kam sie wieder zu mir, scheu noch, schüchtern und doch deutlich, angenehm zu spüren, im Sonnengeflecht. Aufmerksam, Gutes im Gepäck.“ (Sommer 2003, S.85)

7. ALTERNATIVEN ZUR PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Durch die immer wiederkehrende Kritik, die von Betroffenen und auch Professionellen am psychiatrischen Versorgungssystem geübt wird, entstanden im Laufe der Zeit einige wenige alternative Einrichtungen, die vom Krankheitskonzept und der damit verbundenen Form der Hilfe der Psychiatrie Abstand nehmen und andere Wege im Umgang mit Betroffenen einschlagen (vgl. Hellerich 2003, S.41). Erste alternative Projekte zur Psychiatrie entstanden in England, beginnend mit der 1962 von dem Psychiater David Cooper gegründeten Villa 21. 1965 kam es durch die Psychiater R. Laing und D. Cooper in London zur Gründung eines Netzwerkes von Wohngemeinschaften für Betroffene. Die bekannteste dieser Wohngemeinschaften war Kingsley Hall, in der Laing einige Monate lebte (vgl. Bopp 1980, S.42). Obwohl diese Projekte nur einige Jahre existierten, wurden sie zu Modellen für alternatives psychiatrisches Denken und Handeln, wie beispielsweise

für die in mehreren Staaten realisierten Soteria-Projekte. Die von L. Mosher in Kalifornien gegründete Soteria-Bewegung prägte den Leitgedanken des „Dabeiseins“ anstelle des „Machens für“. Auch wurde u.a. in Gesprächen darauf geachtet, keine psychiatrischen Termini zu verwenden, sondern ver-rückte¹ Zustände mit alltagsweltlichen Begriffen zu umschreiben (vgl. Hellerich 2003, S.42f.). Weiterhin entstanden in den Niederlanden die sogenannten Weglaufhäuser für Betroffene, auf deren Basis das antipsychiatrische Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin gegründet wurde, um Betroffenen eine Alternative zur Psychiatrie bieten zu können.

Weitere Alternativen zur psychiatrischen Versorgung bilden verschiedene Selbsthilfebewegungen mit ihren Angeboten. Genannt seien an dieser Stelle die Irrenoffensive in Berlin, die die Mitarbeit von Professionellen grundsätzlich ablehnen, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und die in Bremen gegründete Selbsthilfebewegung Nachtschwärmer, die mittlerweile auch eine Mitarbeit von Professionellen akzeptieren. Gemein ist diesen drei Projekten u.a., dass sie auf die Initiativen Betroffener hin gegründet wurden, der Psychiatrie kritisch gegenüberstehen und dass sie auf den Selbsthilfemöglichkeiten der Betroffenen aufbauen (vgl. ebd., S.48). So unterschiedlich die genannten Projekte sind, verbindet alle der Gedanke, Selbsthilfepotenziale und damit die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen zu fördern sowie ihre Individualität und Bedürfnisse in hohem Maße zu berücksichtigen (vgl. ebd., S. 41).

Zum Abschluss dieses Kapitels wird die Praxis im Weglaufhaus „Villa Stöckle“ näher vorgestellt, um am Beispiel alternativer antipsychiatrischer Hilfe darzustellen, dass ein Verzicht von psychiatrischen Diagnosen, Kategorien und Denkmustern als Arbeitsgrundlage die Berücksichtigung der Individualität Betroffener sowie die Förderung ihrer Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfemöglichkeiten erfolgreich begünstigen und die Betroffenen zu einem selbstbestimmten Leben ermutigen.

7.1 Irrsinn macht Sinn - Antipsychiatrische Praxis im Weglaufhaus „Villa Stöckle“

Die Gründung des Weglaufhauses ist von vielen bürokratischen Hürden sowie inneren Konflikten, die überwunden werden mussten, geprägt, damit das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ ab dem 1. Januar 1996 die Türen für 13 wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte psychiatriebetroffene Menschen öffnen

¹ Der Begriff ver-rückt oder Ver-rücktheit wird hier nicht als Diskriminierung verstanden. Mit dem Wortsinn des Wegbewegens wird die Entfernung von den herrschenden Normen betont.

konnte, nicht ohne auch auf Kompromisse eingehen zu müssen. Die staatliche Finanzierung konnte wegen der antipsychiatrische Ausrichtung nur über § 67ff. des SGB XII, der Menschen, „*bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden*“ (§67 SGBXII) sind, staatliche Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zusichert, ermöglicht werden. Doch diese besonderen Lebensverhältnisse beinhalten die Bedrohung oder den Verlust von Wohnraum, so dass sich die Zielgruppe des Weglaufhauses auf v.a. obdachlose psychiatriebetroffene Menschen einschränkt, wobei sich der Tagessatz für Bewohner nicht an dem in der Psychiatrie Üblichen orientiert, sondern an dem für Wohnungsloseneinrichtungen. Mit 113,04 € ist er zwar im Vergleich zu anderen Wohnungsloseneinrichtungen recht hoch, aber doch wesentlich geringer als ein Tagessatz in der Psychiatrie (vgl. Brückner 1998, S.45).

„Die Finanzierungsidee bezog sich nun auf die praktische soziale Situation von Menschen, die aus den Psychiatrien weglaufen. So wussten wir, daß etliche Psychiatriebetroffene im Zuge eines längeren Klinikaufenthaltes ihre Wohnung verlieren. Wenn sie die psychiatrische Behandlung abbrechen und ‚weglaufen‘, sind sie zunächst obdachlos.“ (ebd., S.45)

Viele der Widrigkeiten, die dem Projekt entgegengestellt wurden und werden, lassen sich u.a. dadurch erklären, dass das Weglaufhaus das erste antipsychiatrische Projekt ist, welches in Deutschland gegründet wurde, und sich gegen die gesellschaftlich anerkannten psychiatrischen Theorien ausspricht. Die strukturellen Bedingungen des Weglaufhauses und die in hohem Maße um sich greifenden Sparmaßnahmen im sozialen Bereich, die u.a. eine immer verschärfte Begrenzung des Aufenthaltes durch die Berliner Bezirksämter mit sich führen, haben zur Folge, dass der Fokus der Begegnung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern vor allem in einer Orientierung an den praktischen Belangen des Lebens, wie es z.B. nach der Zeit im Weglaufhaus weitergehen soll und welche Sachen bis dahin geregelt werden müssen, liegt (vgl. Kampmann/Wenzel 2004, S.389). Die Art der Hilfe im Weglaufhaus ist geprägt von der Kritik am bestehenden Herrschaftsverhältnis zwischen Psychiatern und Patienten, so dass die Selbstbestimmung der Bewohner zum obersten Prinzip der Praxis im Weglaufhaus wird und auch als eine „Gegenpraxis“ zur in der Psychiatrie üblichen Praxis verstanden werden kann (vgl. Wegweiser Weglaufhaus 2005, S. 10f). Die Erfahrungen des Weglaufhauses zeigen, dass viele Betroffene mit den Hilfsangeboten der Psychiatrie und dem sozialpsychiatrischen System unzufrieden sind und sich eine Form der Unterstützung

wünschen, die sich stärker an ihren Bedürfnissen orientiert. Daher müssen mindestens 50% der Mitarbeiter im Weglaufhaus selbst Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht haben, da die Betroffenheit, sofern eine reflektierte Auseinandersetzung damit stattgefunden hat, als besondere Qualifikation angesehen wird (vgl. Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.).

Entscheidend für die Arbeit im Weglaufhaus ist die Abgrenzung zur Psychiatrie. Daher verzichten die Mitarbeiter des Weglaufhauses in Berlin auf den psychiatrischen Krankheitsbegriff und die entsprechenden Diagnosen und lehnen diese als Arbeitsgrundlage prinzipiell ab, um so einen individuellen und unvoreingenommenen Zugang zu Betroffenen zu ermöglichen und sie in ihrer Eigenverantwortlichkeit unterstützen zu können (vgl. Konzeption 2001, S.6f.).

„Der Blick auf das eigene Leben ohne die Diagnosebrille ermöglicht das Verstehen oder Erkennen von Sinneszusammenhängen, die Suche nach Gründen und Bedeutungen des eigenen Verhaltens und Erlebens.“ (Hölling 1998, S.280)

Die Mitarbeiter vertreten die Einstellung, dass psychiatrische Diagnosen den Blick auf die wirklichen Probleme und Potenziale der Bewohner verstellen. Das Weglaufhaus bietet Bewohnern daher die Möglichkeit, Krisen in gewissen Grenzen auszuleben, ohne Psychopharmaka nehmen zu müssen, da auch verrücktem Verhalten Sinn und Bedeutung zugesprochen wird. Ihr Verhalten, Empfinden und Erleben wird im Bezug zum Leben wahrgenommen und nicht als Ausdruck einer sogenannten psychischen Krankheit, da es für Krisen aller Art, auch für verrückte Zustände, Ursachen und Entwicklungen gibt, durch welche die betroffene Person in die jeweilige soziale Lage und den momentanen psychischen Zustand geraten ist (vgl. Hölling 1998, S.280f.; Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.).

„Die möglichen Zustände, Ursachen und Verläufe jedoch zu katalogisieren und in Kategorien zu pressen, ist von vornherein unzulänglich und den Betroffenen abträglich, das Hervorbrechen zeichnet sich gerade dadurch aus, dass es immer einzigartig ist und existierende Grenzen überschreitet.“ (ebd., o.S.)

Ein Aufenthalt im Weglaufhaus ist immer freiwillig und Bewohner können ihn selbst jederzeit beenden. Insbesondere auch Zwangsmaßnahmen und die damit verbundene Gewaltanwendung werden von den Mitarbeitern grundsätzlich abgelehnt. Die Atmosphäre im Weglaufhaus ist geprägt von einer hohen Akzeptanz und Toleranz gegenüber ungewöhnlichen Erlebens- und Verhaltensweisen, auch wenn diese für

Bewohner wie Mitarbeiter nicht immer leicht zu ertragen sind und vielfältiges Konfliktpotenzial in sich bergen (vgl. ebd., o. S.). Doch diese Position ermöglicht auch die Einsicht, dass Menschen in Krisen und Menschen, die sich verrückt verhalten, einen Anspruch auf kompetente Hilfe haben, auch wenn sie nicht als fremdbestimmte Kranke verstanden werden (vgl. Trotha 2001, S.477). So geht es primär nicht darum, Betroffene zu „behandeln“ und zu therapieren, wie es gängige Praxis in der Psychiatrie ist, sondern gemeinsam mit Bewohnern Wege aus ihrer schwierigen Lebenssituation zu finden und sie dabei nach ihrem individuellen Bedarf zu unterstützen.

„Die Tatsache, dass jemand sich verrückt verhält und seine/ihre innersten Bedürfnisse vorübergehend durcheinander geraten (oder sich Bahn brechen), halten wir nicht für einen Ausdruck von Therapiebedürftigkeit. Deswegen wäre ein geplantes Therapieangebot in diesem Haus grundsätzlich fehl am Platze.“ (Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.)

Die Bewohner werden von den Mitarbeitern praktisch und emotional beim Bewältigen von Alltagsanforderungen, bei Behördenangelegenheiten aller Art, bei der Wohnungssuche, der Gestaltung des Alltags und in Krisensituationen unterstützt (vgl. Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.). Da die Individualität der Bewohner in hohem Maß berücksichtigt wird, gibt es keine einheitliche Vorstellung von Hilfe und keine Therapie, das Weglaufhaus wird als ein Ort des Zusammenlebens und nicht als therapeutische Einrichtung verstanden (vgl. Kempker 1998, S.20). *„Die Grundlage Antipsychiatrie erzeugt nicht aus sich heraus ein eindeutiges Konzept, sie ist höchstens ein Ausgangspunkt.“* (Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.)

Die Bewohner werden in ihren Krisen je nach gewünschten und realisierbaren Vorstellungen durch Gespräche, Spaziergänge, Herstellen von Realitätsbezügen, Unterstützung in alltäglichen Bedürfnissen (z.B. Ernährung, Körperhygiene) u. v. m. begleitet.

„Der Begriff, der diese Arbeit grob beschreibt, allerdings in jedem Moment neu mit Inhalt zu füllen ist (als „Methode“ würde er eine Konkretheit vorgaukeln, die weder Loren Mosher noch wir bieten können), und der für den historischen Nachweis steht, dass nichtpsychiatrische Krisenbegleitung möglich ist, heißt Dabeisein.“ (Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S., Hervorhebungen im Original)

Aus der Kenntnis und der Erfahrung, dass ein individueller Umgang mit verrückten Zuständen möglich ist, wird immer wieder neu und individuell definiert, was Hilfe

ist und beinhaltet. Es gibt dabei nicht *die* antipsychiatrische Methode oder ein besonderes Schema. Bestimmend für die Art der Hilfe sind die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner, nicht die Vorstellungen der Mitarbeiter über die Hilfsmaßnahmen. *„ExpertInnen im herkömmlichen Sinne, also die, die es besser wissen, dürfen sie [die Mitarbeiter, d.A.] niemals sein.“* (Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.) Entscheidungen der Bewohner werden akzeptiert und unterstützt, da der Schwerpunkt in der Praxis des Weglaufhauses auf der Wahrnehmung, Entwicklung und Stärkung der Selbstbestimmtheit der Bewohner liegt (vgl. Konzeption 2001, S. 6 u. 18). *„Das Selbstbestimmungsrecht der BewohnerInnen ernst zu nehmen, heißt in letzter (aber nur in letzter!) Konsequenz auch, sie selbstbestimmt ins Desaster ziehen zu lassen.“* (Kempker 1998, S.21)

In dieser Einstellung ist sehr deutlich die „Gegenpraxis“ zur Psychiatrie zu erkennen. Dadurch, dass von den Mitarbeitern des Weglaufhauses die Vorstellung von sogenannten psychischen Krankheiten aufgegeben wird und sie Handlungen nicht dem „Wesen einer Erkrankung“, wie der zitierte Arzt in Kapitel III Punkt 4, zuschreiben, wird es möglich, den Bewohnern als verantwortlichen Menschen gegenüberzutreten, die für ihre Handlungen und Äußerungen selbst verantwortlich bleiben, da sie weder als krank noch fremdbestimmt gelten. Dies ermöglicht, dass Bewohner in ihren Entscheidungen ernst genommen und nicht bevormundet werden und dass die Verantwortung für ihr Handeln an sie zurückgegeben wird, so dass sie auch die Konsequenzen ihres Verhaltens und Handelns tragen müssen (vgl. Konzeption 2001, S.7; Trotha 2001, S.477). Die folgende Aussage einer Mitarbeiterin verdeutlicht diese Herangehensweise.

„Wenn mich beispielsweise eine [BewohnerIn, d.A.] aus für mich heiterem Himmel beschimpft, dann möchte ich wissen, warum sie so wütend ist und was das mit mir zu tun hat. Später werde ich mit ihr besprechen, wie dies anders hätte verlaufen können. Solch ein klärendes Gespräch bedeutet für mich, hier einen ernstzunehmenden Konflikt zu sehen und die Äußerungen nicht als Krankheitssymptom abzutun. Andererseits möchte ich aber auch vermeiden, sie auf ihre Attacke festzuschreiben. Das Gespräch soll kein Tribunal werden, sondern den Konflikt produktiv wenden.“ (Klöppel 1998, S.101)

Doch Selbstbestimmung bedeutet im Weglaufhaus ebenso ein verantwortungsbewusster Umgang mit der Gemeinschaft und den daraus entstehenden Pflichten. Auch im Weglaufhaus gibt es bestimmte Regeln, an die sich die Bewohner halten müssen, z.B. dass sie im Haus keine Drogen nehmen oder

Gewalt ausüben. Doch die Umsetzung dieser Regeln folgt keinem starren Prinzip, weil es immer auch darauf ankommt in welcher besonderen Situation sich die Bewohner befinden (vgl. Klöppel 1998, S.103; Wegweiser Weglaufhaus 2005, S.16f.). Zum Umgang mit Gewalt schreibt eine Mitarbeiterin Folgendes:

„Hat sich eine Wut angestaut, die nicht zur Sprache gebracht werden konnte? Ist er in einem ganz anderen ‚Film‘? [...] Ist abzusehen, daß es zu weiteren Aggressionen kommt? [...] Immer wieder kommt es daher im Weglaufhaus nach Vorfällen zu weitreichenden Auseinandersetzungen darüber, wie damit umzugehen ist – ob jemand deswegen zu gehen hat, darüber entscheiden letztlich allerdings die MitarbeiterInnen. Es ist zwar anstrengend, jedes Mal von neuem zu einer Einschätzung der Situation zu kommen, jedoch halte ich das für unerlässlich, möchte man sich nicht hinter starren Regeln verschanzen.“ (Klöppel 1998, S.103f.)

Wenn alle Bemühungen nicht mehr ausreichen, sind jedoch auch die Mitarbeiter des Weglaufhauses dazu gezwungen, Maßnahmen zur Verhinderung ernsthafter physischer Gefährdungen auszuführen, da im Rahmen der „Garantenpflicht“ die körperliche Unversehrtheit der Bewohner, Mitarbeiter und Außenstehender nicht gefährdet werden darf. Wird in einem solchen Fall entschieden, dass ein Bewohner das Haus zu verlassen hat, er dieser Aufforderung aber nicht nachkommt, muss in dieser Situation die Polizei gerufen werden, die den betroffenen Bewohner gegen seinen Willen aus dem Weglaufhaus herausholt (vgl. Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.).

Da der Alltag in hohem Maße von den Bewohnern selbst organisiert wird, sind sie auch verantwortlich für die Essenszubereitung, die notwendigen Einkäufe sowie für die Sauberhaltung des Hauses, wobei sie von den Mitarbeitern unterstützt werden. Es gibt keine vorgegebene Tagesstruktur, da die Bewohner eigenverantwortlich die Dinge des praktischen Lebens regeln sollen. Die Selbstversorgung der Bewohner steht im Gegensatz zu der Versorgung in der Psychiatrie und orientiert sich an konkreten und alltäglichen Bedürfnissen, um so den verantwortungsbewussten Umgang mit sich selbst und anderen zu fördern. Jeder der Bewohner gestaltet den Ablauf der Tage nach eigenem Ermessen (vgl. Konezption 2001, S.11f. u.25). Solch eine fehlende Struktur kann durchaus auch zu einem Problem für manche Bewohner werden, insbesondere wenn ihr Alltag jahrelang durch Vorgaben anderer geformt wurde.

„Besonders in verrückten Phasen, in denen sämtliche Grenzen in Auflösung zu sein scheinen, kann das Nichtvorhandensein einer Zeitstruktur, eines Rhythmus, nach dem man sich richten könnte, die Verwirrung komplett machen.“ (Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.)

Doch das Einüben von Selbstständigkeit ist eine der zentralen Aufgaben im Weglaufhaus, denen sich die Bewohner stellen müssen. Vorgaben würden die Erreichung dieses Zieles erschweren. Pflicht sind nur der Hausputz und die zweimal in der Woche stattfindende Hausversammlung, die zur Besprechung organisatorischer Dinge und zum Besprechen von Konflikten, die die ganze Gruppe betreffen, dient, die aber ausdrücklich kein gruppentherapeutisches Ziel verfolgt. Die Aufgaben der Mitarbeiter, die sich an der Förderung sowie Rückgewinnung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit der Bewohner orientieren, liegen im Unterstützen, Auffordern und Mithelfen (vgl. ebd., o.S.). Eine Mitarbeiterin beschreibt ihre Rolle wie folgt:

„Unsere Rolle als MitarbeiterInnen liegt mehr im Moderieren als im Vorgeben. Wir sind nicht so wichtig. Wir müssen nur die Dinge ins Rollen bringen, an Abmachungen und Termine erinnern, begleiten, befragen, zuhören, und schauen, daß es weitergeht, daß die Nachbarn sich wieder einkriegen, die Polizei wieder abzieht, das Haus intakt bleibt. Wir sind natürlich keine meinungslosen Diener. Ich schimpfe, wenn mich etwas ärgert. Ich poltere gegen die Zimmertüre, wenn ein dringender Termin ansteht. Beim Hausputz Sorge ich dafür, daß keiner im Sessel kleben bleibt. Aber meine Meinung zum Leben, auch zur Psychiatrie oder zu Psychopharmaka, ist eben nur meine. Ich kann sie begründen. Aber ich hüte mich vor Überredungsversuchen (auch wenn das nicht immer leicht fällt).“ (Kempker 1998, S.21)

Nach Berichten von Bewohnern finden die Veränderung und das Aufbrechen der Rollenverteilung in „Experten“ und „Klienten“ in stärkeren Ausmaß statt als in sozialpsychiatrischen Einrichtungen (vgl. Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.).

Um einen vertrauensvollen Umgang mit Bewohnern zu ermöglichen und sie in ihrer Eigenverantwortung zu stärken, werden im Weglaufhaus alle Vorgänge, die Bewohner betreffen, transparent gestaltet. So kann die eigene „Akte“ (ein persönlicher Ordner im Büro mit Notizen der Mitarbeiter, Schriftstücken, Vereinbarungen u.a.) jederzeit eingesehen, korrigiert sowie diskutiert werden und bei Bedarf können Bewohner, wenn über sie in der Übergabe oder im Team gesprochen

wird, dabei sein. Nach jeder Teamsitzung erhalten Bewohner zudem eine sogenannte Teammitschrift, die mit den Mitarbeitern besprochen werden kann (vgl. Konzeption 2001, S.25). Diese Vorgehensweise beruht auf der Kritik, dass im psychiatrischen Versorgungssystem viel *über* die Betroffenen, aber oftmals nur wenig *mit* ihnen gesprochen wird und die Informationen der Professionellen den Betroffenen meist nicht zugänglich sind, obwohl diese ihr eigenes persönliches Leben betreffen. Im Weglaufhaus sollen die Bewohner immer die volle Kenntnis darüber haben, was für sie und mit ihnen getan wird (vgl. Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S.). Eine ehemalige Bewohnerin äußerte sich rückblickend wie folgt zu ihrem Aufenthalt im Weglaufhaus:

„Ja, ich finde es bemerkenswert, daß es Menschen gibt, die ihre Arbeit mit so viel Hingabe tun, wie das die MitarbeiterInnen des Weglaufhauses tun, mit so viel Menschlichkeit und Liebe. Das war für mich auch eine große Erfahrung und etwas, das mir sehr geholfen hat, daß ich als Mensch akzeptiert wurde, so wie ich bin und speziell auch wie ich anfänglich war. Ich weiß, daß ich teilweise anstrengend bin und es sicherlich während dieser Zeit oft war. Aber ich bin immer hundertprozentig akzeptiert worden, ich wurde als Mensch respektiert. Das war das Allerwichtigste für mich.“ (Nix zit. n. Klett 1998, S.211)

Nicht alle Bewohner sehen ihren Aufenthalt im Weglaufhaus in einem solchen Licht, so gibt es auch immer wieder Bewohner, die mit den Modalitäten des Weglaufhauses nicht zurecht kommen und eine andere Form der Unterstützung wollen und brauchen. Doch zeigt die mittlerweile elfjährige Bestehensgeschichte, dass das Konzept des Weglaufhauses in der Praxis gut funktioniert und ein längerer Aufenthalt im Weglaufhaus das Aussteigen aus dem psychiatrischen Netz wahrscheinlicher macht und zu einem eigenverantwortlichen selbstbestimmten Leben führen kann (vgl. Bräunling 2001, S.487; Kempker 1998a, S.277).

„Die Neue Antipsychiatrie hat sich von einem Versorgungsdiskurs nicht nur in Hinblick auf eine versorgende Betreuung verabschiedet, sie möchte auch nicht ein neues, alle umfassendes Netz bilden, das besser, weil antipsychiatrisch funktioniert. Mit solch einem Anspruch würde sie schließlich nur eine neue Totalität bilden, die normalisiert, und hätte sich selber psychiatrisiert. Ihr Ziel ist es vielmehr, einen Fluchtpunkt aufzuzeigen, der den Ausstieg aus einem solchen System möglich macht. Und den Betroffenen den Weg zeigt, sich zukünftig der Anmaßungen fremder Suggestionen über das

eigene Leben besser erwehren zu können.“ (Bräunling/Balz/Trotha 2006, o.S., Hervorhebung d. Verfasser)

SCHLUSSBETRACHTUNGEN

Der Blick in die Geschichte zeigt, dass der aktuelle Umgang mit sogenannten psychisch Kranken historische Wurzeln hat, die heute noch nachwirken. Die Internierung der sogenannten Unvernünftigen und Irren hatte ihren Ursprung in der vermeintlichen Erfordernis, die Gesellschaft von störenden Menschen zu befreien und sie vor diesen zum größten Teil auch als gefährlich definierten Menschen zu schützen. Erst durch ökonomische Überlegungen erhielten die Irrenanstalten auch den Auftrag der Heilung. Unter Heilung verstand man jedoch, den sogenannten Irren durch Zwang, Gewalt und Disziplin jene Sicht- und Handlungsweisen beizubringen, die den herrschenden Gesetzen der Vernunft entsprachen. Die Vernunft, der sich alle Menschen zu unterwerfen haben, wird als Maßstab betrachtet, nach dem sich alle richten müssen. So waren „Behandlungen“ darauf ausgerichtet, das Verhalten der sogenannten Irren an die herrschenden Regeln der Vernunft anzupassen – im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Auch durch die Konstruktion der Unvernunft, des Wahnsinns als Geisteskrankheit, besteht die „Heilung“ weiterhin darin, die betreffenden Menschen dazu zu bringen, das zu tun, was andere für richtig halten. Widerstand war immer Uneinsichtigkeit in die Krankheit.

Auch bis heute gibt es in unserer Sprache kein Mittelding zwischen vernünftig und unvernünftig; entweder ist jemand vernünftig oder unvernünftig. Es gibt keine Nunft, kein Nünftiges (vgl. Hellerich 2003, S.135f.).

„ ‚Marktbeherrschend‘ für den psychiatrischen Alltag sind noch viele ideologische Verfestigungen des 19. Jahrhunderts, mit denen Macht ausgeübt wird, sowohl auf Patienten als auch auf vor allem nicht-ärztliche psychiatrisch Tätige.“ (Dörner et. al. 2002, S.505)

Gleichfalls wird heute ein Widerstand gegen die „Behandlung“ immer noch als fehlende Compliance und damit als fehlende Krankheitseinsicht betrachtet und es wird als ein Ziel der Therapie gesehen, Betroffene zur Krankheitseinsicht zu bewegen und sie von der Richtigkeit der psychiatrischen Behandlung zu überzeugen. Ebenso definiert die psychiatrische Zwangseinweisung nach wie vor einen Menschen als gefährlich und störend für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Die

Anwendung staatlicher Gewalt wird dadurch gerechtfertigt, dass die Betroffenen zu einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit erklärt werden. Durch das psychiatrische Krankheitsparadigma können Gewalt und Zwangsmaßnahmen jedoch als medizinische Hilfsmaßnahmen ausgegeben und gerechtfertigt und den Betroffenen so grundlegende Menschenrechte abgesprochen werden. Es zeigte sich im Verlauf dieser Arbeit, dass seltener die Gefährlichkeit der Menschen der Grund ist, um zu Zwangsmaßnahmen zu greifen, sondern vor allem das verrückte Verhalten selbst. *„Es wird nicht toleriert, nicht geduldet, nicht ausgehalten, sondern schnellstmöglich mit Gewalt weggemacht!“* (Heuer/Schön 1997, S.158) Nach wie vor ist die Gesellschaft von einer Intoleranz gegenüber verrücktem Verhalten geprägt, das mit unvernünftigem Verhalten gleichgesetzt wird und nur durch das, wie es Dörner nennt, „magische Etikett“ der Krankheit entschuldigt und erklärt werden kann. In dieser entschuldigenden und erklärenden Funktion der psychiatrischen Diagnose und der damit verbundenen sogenannten Krankheit liegt auf den ersten Blick ein großer Nutzen für die Betroffenen. „Leistungsversagen“ und „Andersartigkeit“ werden in unserer Gesellschaft ohne die Begründung einer Krankheit nicht akzeptiert. Auch Betroffene selbst können sich als Versager betrachten, wenn sie den gesellschaftlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen sind. Das Diagnostizieren einer Krankheit kann somit eine entlastende Funktion übernehmen. Doch wird das Nachlassen von Leistung und ein verändertes Verhalten und Erleben in erster Linie mit einer Krankheit erklärt, ist also die Krankheit „schuld“ (der nach gängigen Theorien immer eine sogenannte Disposition voransteht), besteht nicht die Möglichkeit, dass es gerade die gesellschaftlichen Anforderungen und deren immanente Problematiken sind, die zu den Schwierigkeiten der Betroffenen führen.

„Den Fall einmal ausgeklammert, daß von einer Person ernsthafte Gefahr für andere Menschen ausgeht (wer stellt das aufgrund welcher Normen fest?), ließe sich [...] fordern, subjektive Andersartigkeit, verrückte Lebensformen und Merkwürdigkeiten zu tolerieren bzw. zu akzeptieren, der Andersartigkeit also in dieser Gesellschaft einen Raum zu geben. Dann erübrigte sich administrative Diagnostik/Erwartungsdiagnostik klinischer Provenienz weitgehend.“ (Grubitzsch 1991, S.187)

Die erklärende Wirkung, welche die zitierten Psychiater in Kapitel II der psychiatrischen Diagnose zuschreiben, begründen sie dadurch, dass die Diagnose ungewöhnliche Verhaltens- und Erlebnisweisen als Phänomene bzw. Symptome einer Krankheit in Erscheinung treten lässt und diese somit verständlicher für den

Betroffenen werden sollen. Die Ausführungen in Kapitel III zeigen jedoch, dass das Verstehen der eigenen individuellen Verhaltens- und Erlebnisweisen als Symptome einer Krankheit die Sicht auf sich selbst stark verändert und zu einer Entfremdung des eigenen Selbst führen kann. Denn werden die eigenen Probleme als Symptome einer Krankheit begriffen, verschließt sich schnell die Möglichkeit, auf die Suche nach dem Sinn und der Bedeutung der eigenen verrückten Verhaltens- und Erlebnisweisen zu gehen, die sich weniger aus einem abstrakten generalisierenden Krankheitsverständnis und der Abtrennung gewisser Verhaltensweisen als Prozesse einer Krankheit ergeben als viel mehr aus dem subjektiv lebensgeschichtlichen Kontext der Betroffenen. Es besteht die große Gefahr, dass die Diagnose zur allumfassenden Identität der Betroffenen wird, ihre Individualität unter dem verallgemeinernden diagnostischen Etikett verschwindet, das sie von anderen wie auch sich selbst nur noch als defizitär, gestört und krank betrachtet werden und dass sie die jeder Krise auch innewohnenden Potenziale verkennen. Ebenso ermöglicht und begünstigt die medizinische Betrachtungsweise der eigenen Verhaltens- und Erlebnisweisen als Symptome einer Krankheit, dass die Verantwortung für eine Veränderung den Professionellen übertragen wird, was dem „Heilungsprozess“ nicht förderlich ist. Wie in Kapitel III aufgezeigt wurde, verleitet das Krankheitsparadigma der Psychiatrie zudem seitens der professionellen Helfer schnell dazu, Betroffene nur noch als unmündige Kranke, die sich selbst nicht wirksam helfen können, zu betrachten. Der Alltag auf psychiatrischen Stationen ist vielerorts von einem entmündigenden Klima geprägt, da Betroffene nur aktiv für ihre Interessen eintreten können, wenn sie mit den Vorstellungen der Professionellen übereinstimmen. Vorgegebene Lösungswege führen jedoch nicht selten zur Zurückdrängung eigener Ressourcen und Problemlösestrategien. So kann das Wissen von Professionellen hilfreich sein, um individuelle Problemlösestrategien der Betroffenen zu erweitern, doch darf dieses Wissen nicht dazu führen, zu wissen, was das Beste für jemand anderen ist. Vor allem in Bereichen psychiatrischer Zwangsmaßnahmen scheinen Professionelle jedoch vorgeblich besser zu wissen, was das Beste für die Betroffenen ist. Der Eigenverantwortlichkeit und dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen wird hier kaum noch Beachtung geschenkt. Eine „Heilung“ der sogenannten psychischen Krankheit bzw. das Überwinden einer Lebenskrise ist aber ohne die aktive selbstbestimmte Beteiligung der Betroffenen nicht möglich. Es wurde in Kapitel III herausgearbeitet, dass Verantwortung für das eigene Verhalten und Handeln zu übernehmen die Voraussetzung ist, um zu einem selbstbestimmteren

Leben gelangen zu können. Doch durch die Definitionsgewalt der psychiatrischen Wissenschaft wird kein Klima für eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Handeln geschaffen.

Die Funktion psychiatrischer Diagnosen ist es auch, dass Betroffene überhaupt erst einen Zugangsweg zu medizinischen und therapeutischen Hilfsangeboten erhalten. Somit ist die Diagnose die Voraussetzung, damit potenzielle Hilfe erschlossen werden und eine Abrechnung über die Krankenkassen erfolgen kann. Doch ebenso kann die Diagnose zu einem Hindernis bei der Therapeutensuche werden. Einige Betroffene berichten, dass auf Grund ihrer Diagnose verschiedene Therapeuten eine „Behandlung“ ablehnten. Dies verdeutlicht einmal mehr, dass psychiatrische Diagnosen schnell zu einem Etikett und Stigma werden können, die den Blick des Beobachters maßgeblich prägen. Mit dem Wissen um die psychiatrische Diagnose scheint ein unvoreingenommener Blick auf den Betroffenen nicht mehr möglich, denn das Wissen um die mit der Diagnose verbundenen Krankheit erweitert sich zum Wissen über den Betroffenen, auch ohne ihn wirklich kennen gelernt zu haben.

Die weitreichenden Folgen dieser Stigmatisierung wurden in Kapitel II ausführlich dargestellt. Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass Betroffene in den verschiedensten Bereichen ihres Lebens durch die psychiatrische Diagnose stark diskriminiert werden, was für die meisten eine große Belastung darstellt. Die mögliche anfängliche entlastende Wirkung der Diagnose wird hier sehr schnell relativiert. Der Mensch in seiner Vielfalt geht verloren, die Diagnose wird zu seiner neuen Identität. Doch keine Diagnose vermag die individuellen Verhaltens- und Erlebnisweisen, die Probleme und Schwierigkeiten im Leben eines Menschen auch nur annähernd hinreichend beschreiben, und verständlich machen, was im Leben einer Person geschieht, die sich in einer Krise befindet.

„Klinische Diagnostik wie auch die in anderen Praxisfeldern heißt ja, die aus der Trennung von Leben, Arbeit und Freizeit, letztlich aller sozialen Komplexität, resultierende Unkenntnis in bezug auf andere Menschen durch einen verdichteten Erkenntnisprozeß abfangen zu wollen; in kürzester Zeit soviel wie möglich über einen Mitmenschen erfahren zu wollen. Die klinische Diagnostik hat dafür weder methodische noch theoretische Voraussetzungen.“

(Grubitzsch 1991, S.187)

Dennoch glauben verschiedene Professionelle, in der Diagnose eine Art Handlungsanweisung zu erkennen, so dass die Diagnose dem professionell Helfenden sagt, was zu tun ist (vgl. Kapitel II Punkt 1). Doch selbst die

psychiatrische Diagnose und die damit verbundene sogenannte psychische Krankheit kann niemals losgelöst von dem betreffenden Menschen betrachtet werden. Eine „Behandlung“, die aus dem Wissen um die Diagnose und die Krankheit resultiert, macht es unmöglich, sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren. Es entsteht der Eindruck, als gäbe es Patentrezepte im Umgang mit Betroffenen, die sich auch deutlich in der gängigen Psychopharmakaverabreichung niederschlagen. Doch in Kapitel III wurde dargestellt, dass jeder Mensch seine eigene, besondere, individuelle, unverwechselbare Lebensgeschichte hat. Das Krankheitsparadigma der Psychiatrie hingegen lässt die individuellen Unterschiede in verallgemeinernden diagnostischen Beschreibungen verschwinden. Gerade die modernen operationalisierten Klassifikationen zeichnen sich durch eine Abstraktion von der individuellen Situation der Betroffenen ab, um so eine objektivere und wissenschaftlichere Herangehensweise zu ermöglichen. Doch die Probleme und Schwierigkeiten der Betroffenen werden so vollständig aus ihrem Lebenskontext herausgerissen. Das menschliche Sein mit all seinen Besonderheiten wird in eine psychiatrische Klassifikation gepresst und verobjektiviert. Der Betroffene verliert sein einzigartiges Gesicht, er wird von einem Subjekt zu einem Objekt transformiert. Sicherlich kommt auch ein Diagnosegegner in einem Beratungsgespräch nicht ohne Urteilsbildung aus. Doch sollte das eigene Urteil nicht zu einer vorgeblich objektiven Tatsachenfeststellung werden, zu dem Betroffene nicht mehr wirksam Stellung beziehen können und die über die eigenen Definitionen der Betroffenen, die sich aus ihren subjektiv lebensgeschichtlichen Kontext ergeben, gänzlich erhaben ist. Das eigene Urteil muss mit Betroffenen gemeinsam überprüft werden und Möglichkeiten einer Korrektur bieten, die neue Erkenntnisse und anderes Handeln zulassen (vgl. Grubitzsch 1991, S.186).

Ausgangspunkt meiner Überlegungen war die These, dass eine psychiatrische Diagnose den Blick auf die Probleme und Schwierigkeiten der Betroffenen verstellt, da diese zu Symptomen einer sogenannten psychischen Krankheit werden und so vielfältige weitere Probleme entstehen können, die bei der Lösung der vorhandenen Schwierigkeiten nicht hilfreich sind und den Weg der „Genesung“ nachhaltig beeinflussen. Diese These konnte im Verlauf der Arbeit bestätigt werden. So haben zwar mit der sozialpsychiatrischen Reform auch soziale Dimensionen Einzug in die Psychiatrie gefunden, doch durch die zunehmende Biologisierung der gegenwärtigen Psychiatrie wird die Psychiatrie wieder verstärkt der medizinischen Wissenschaft zugeordnet, so dass trotz des Einzugs sozialer Dimensionen eine medizinische

Dominanz in der Psychiatrie zu verzeichnen ist, die sich an einem reduzierten Blick auf die Diagnose und der ihr zugrunde liegenden Krankheit orientiert. Die angebotene Form der Hilfe gründet sich vorrangig auf dem Konstrukt des Krankheitsbegriffes und dessen immanenter eindimensionaler Betrachtungsweise. Die Individualität der Betroffenen verliert an Bedeutung, ihre Selbsthilfepotenziale werden oftmals unterschätzt, die ungesicherten, jedoch seriös und wissenschaftlich klingenden psychiatrischen Diagnosen wirken schnell verantwortungsentziehend. Obwohl es alternative Möglichkeiten im Umgang mit Verrücktheit gibt und die Soteriainitiativen in verschiedenen Ländern, die Weglaufhäuser in den Niederlanden, das Berliner Weglaufhaus „Villa Stöckle“ und verschiedene andere alternative Projekte zur Psychiatrie zeigen, dass ein anderer Umgang mit Betroffenen möglich ist und das der Verzicht auf psychiatrische Kategorien und Terminologien Betroffene zu einem eigenverantwortlichen Leben ermutigt und ihre Individualität berücksichtigt, indem verrückte Verhaltens- und Erlebnisweisen *nicht* als Symptome einer Krankheit wahrgenommen werden, wird dessen ungeachtet an dem Absolutheitsanspruch der Psychiatrie und der damit verbundenen Art der Hilfe festgehalten.

Das Ziel jeder, ob psychiatrischen oder nichtpsychiatrischen (alternativen) Hilfsmaßnahme sollte es sein, Betroffenen eine Form der Hilfe anzubieten, die ihre sozialen und lebensgeschichtlichen Aspekte in den Vordergrund stellt, sie nicht entmündigt und ermöglicht, dass Betroffene als eigenverantwortliche, selbstbestimmte und individuelle Personen mit vielfältigen Potenzialen wahrgenommen werden. Professionelle sollten zu neugierig lernenden Zuhörern werden, die in ihrem Bemühen um Verstehen, wissen, ihr Expertentum zumindest zeitweise zurückzunehmen.

„Es geht nicht so sehr um Antworten, eher darum, Fragen zuzulassen und aus der Fragwürdigkeit dessen, was ist, ein Interesse an dem möglichen anderen zu gewinnen. Das Verrückte, scheinbar Irrrationale, ist dann nicht mehr das gefährliche Andere, das ausgegrenzt und pharmakologisch zur Strecke gebracht werden muß. Es wäre nicht länger die bedauerliche Abirrung besonders sensibler Naturen, denen sich ganze Berufsstände helfend widmen, um ihnen mehr oder weniger behutsam den Rückweg in die eingrenzende Normalität zu ebnet. Vielmehr wäre das Verrückte für alle ein wichtiger und ergiebiger Hinweis auf bisher ungeahnte Entfaltungsmöglichkeiten.“
(Kempker 1991, S.113)

Das psychiatrische Krankheitsparadigma und die psychiatrische Diagnostik verleiten jedoch schnell dazu, die subjektiven Interessen und Sichtweisen der Betroffenen kaum noch wahrzunehmen. Statt mit ihnen auf die Suche nach einem individuellen Weg aus ihren Schwierigkeiten zu gehen, werden ihnen psychiatrische Vorstellungen und Behandlungspläne übergestülpt.

„Für eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgung ergibt sich daraus nur eine Konsequenz – endlich und endgültig Abschied vom [...] Krankheitsmodell und –begriff zu nehmen und Ver-rückte als Menschen anzusehen, die Probleme haben oder machen, und mit ihnen auf die Suche nach dem Sinn des Wahnsinns zu gehen, sofern sie es wollen.“ (Wehde 1991, S.27, Hervorhebung d. Verfasser)

LITERATURVERZEICHNIS

- Auhagen, A.E. (1999): Die Realität der Verantwortung. Göttingen.
- Berndt, H. (2004): Die Entwicklung von Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland seit 1900. Berlin.
- Baumann, A. / Gaebel, W. / Zäske, H. (2005): Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, W. / Möller, H.-J. / Rössler, W. (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychischer Kranker. Stuttgart, S. 56-82
- Blume, J. (2003): Zukunft war mit Arbeit verknüpft. In: Prins, S. (Hg.): Vom Glück.. Wege aus psychischen Krisen. Bonn, S. 39-42
- Bopp, J. (1980): Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt a.M.
- Bourne, L. / Ekstrand, B. (1992) : Einführung in die Psychologie. 1. Auflage. Frankfurt a. M.
- Bräunling, S. (2001): Fünf Jahre Weglaufhaus Berlin. In: Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen, S. 481-490
- Brückner, B. (1998): Vom Traum zur Wirklichkeit. Die politische Realisierungsgeschichte des Weglaufhauses. In: Kempker, K. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin, S.40-57
- Dilling, H. (1993): Zur Geschichte nosologischer Klassifikation in der Psychiatrie. In: Schneider, W. et. al. (Hg.): Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine Kritische Auseinandersetzung. Göttingen / Zürich, S. 15-21
- Dilling, H. (1999): Psychiatrische Klassifikation. In: Helmchen, H. et. al. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 2: Allgemeine Psychiatrie. 4. Auflage. Berlin u.a., S. 59-88
- Dörner, K. (1975): Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und Meidzin. Frankfurt/New York
- Dörner, K. (1984): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie in der Psychiatrie. Überarbeitete Neuauflage. Frankfurt a.M.
- Dörner, K. (1978): Die Psychiatrie und die industrielle Revolution. In: AG SPAK (Hg.): Reader zur Psychiatrie und Antipsychiatrie. Berlin, S. 60-80
- Dörner, K. / Plog, U. (1996): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 1. Auflage der Neuauflage. Bonn.
- Dörner, K. et al. (2002) : Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Neuauflage. Bonn.

- Dörr, M. (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München/Basel.
- Eikelmann, B. (1997): Sozialpsychiatrischen Basiswissen. Grundlagen und Praxis. Stuttgart.
- Esterer, I. (1997): Wenn ein Familienmitglied erkrankt. Eine Geschichte aus vier Blickwinkeln. In: Stark, F./Bremer, F./ Esterer, I. (Hg.): Ich bin doch nicht verrückt. Erste Konfrontation mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn, S. 33-44
- Fink, T. / Russo, J. (2003): Stellung Nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen. Berlin.
- Finzen, A. et. al. (1993) : Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn.
- Finzen, A. (1995): Antipsychiatrie, Sozialpsychiatrie, soziale Psychiatrie. In: Finzen, A. / Hoffmann-Richter, U. (Hg.): Was ist Sozialpsychiatrie. Bonn, S. 117-128
- Finzen, A. (1998): Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Bonn.
- Finzen, A. (2001): Psychose und Stigma. 2. korrigierte Auflage. Bonn.
- Freyberger, H. / Muhs, B. (1993): Entwicklung und Konzepte operationalisierte Diagnosesysteme. In: Schneider, W. et. al. (Hg.): Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine Kritische Auseinandersetzung. Göttingen / Zürich, S. 43-53
- Goffman, E. (1999): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 14. Auflage. Frankfurt am Main.
- Grausgruber, A. (2005): Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, W. / Möller, H.-J. / Rössler, W. (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychischer Kranker. Stuttgart, S. 18-39
- Grubitzsch, S. (1991): Klinische Diagnostik und Urteilsbildung. In: Hörmann, G. / Körner, W. (Hg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Hamburg, S.167-191
- Güse, H.-G. / Schmacke, N. (1976): Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. 2 Bände. Kronberg
- Haisch, J. (2002): Der mündige Arzt und sein Patient. Wie der Arzt die Eigenverantwortung des Patienten fördern kann. Heidelberg.
- Hellerich, G. (2003): Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen. Bonn.
- Heuck, Angela (2003): Akutpsychiatrie und Beziehung - Skizze einer Unmöglichkeit? Zur Beziehungsgestaltung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken im institutionellen Gefüge.

Verfügbar unter: [http://opus.haw-hamburg.de/opus/portal/index.php?show=Diplom-, %20Magisterarbeit](http://opus.haw-hamburg.de/opus/portal/index.php?show=Diplom-%20Magisterarbeit) Abgerufen am: 27.02.2007

Heuer, B. / Schön, R. (1997): Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. Berlin.

Hölling, I. (1998): Was ist ein Erfolg? In: Kempker, K. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin, S. 279-288

Huber, G. (1999): Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 6. Auflage. Stuttgart / New York

Jervis, G. (1978): Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt a. M.

Junge, M. (2002): Individualisierung. Frankfurt a.M.

Kampmann H./ Wenzel J. (2004): Psychiatrische und antipsychiatrische Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit. Berlin.

Kastor, M. (2003): Psychologie der Individualität. Würzburg.

Kempker, K. (1991): Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Berlin.

Kempker, K. (1998): Was ist das Weglaufhaus? In: dies. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin, S. 13-23

Kempker, K. (1998a): Erfolg in Zahlen? In: dies. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin, S. 270-278

Kempker, K. / Lehmann, P. (1993) (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin.

Kessler, N. (1997): Manie-Feste. Frauen zwischen Rausch und Depression. Bonn.

Klett, O. (1998): Interview mit Britta Nix. In: Kempker, K. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin, S.193-220

Klöppel, U. (1998): Keine Hilfe nach Rezept. In: Kempker, K. (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin, S.99-106

Knostmann, D. (2003): Die Balance finden lernen. In: Prins, S. (Hg.): Vom Glück.. Wege aus psychischen Krisen. Bonn, S.47-52

Knuf, A. (Hg.) (2002): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Bonn.

Knuf, A. (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn.

Küchenhoff, J. (2006): Braucht die internationale klassifizierende Diagnostik noch die Psychodynamik – und wozu? In: Böker, H. (Hg.): Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Heidelberg, S. 205-222

Lehmann, P. (1994): Psychiatrischer Glaube, Behandlungsmethoden und Konsequenzen. In: European Network of Users and Ex-Users in Mental Health (ed.): The second European conference of users and ex-users in mental health – The international people's college. Amsterdam, S.28-30 Verfügbar unter: www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/glaube.htm Abgerufen am: 04.04.2007

Lehmann, P. (2001): Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 19. Jg., Nr. 4, S. 264-270. Verfügbar unter: www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/antipsychiatrie.htm Abgerufen am: 09.04.2007

Millett, K. (1993): Psychische Krankheit – ein Phantom. In: Kempker, K. / Lehmann, P. (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin, S. 421-431

Osterfeld, M. (2003): Aktiv mit Erfahrungen umgehen. In: Prins, S. (Hg.): Vom Glück.. Wege aus psychischen Krisen. Bonn, S. 53-59

Pantucèk, P. (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau.

Prins, S. (Hg.) (2003): Vom Glück.. Wege aus psychischen Krisen. Bonn.

PsychKG Berlin (1985 geändert 1994) Verfügbar unter: www.berlin.de/SenGesSozV/psych/doku/psychkg-broschuere.pdf Abgerufen am: 29.03.2007

Psychrembel, W. (Hg.) (2004): Psychrembel Klinischen Wörterbuch. Berlin u.a.

Pupato, K. (2005): Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel, W. / Möller, H.-J. /

Rössler, W. (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychischer Kranker. Stuttgart, S. 83-98

Rahn, E. / Hunold, P. (2000): Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Bonn.

Rahn, E. / Mahn, A. (1999): Lehrbuch der Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn.

Riemann, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München.

Rufer, M. (1993): Verrückte Gene. Psychiatrie im Zeitalter der Gentechnologie. In: Kempker, K. / Lehmann, P. (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin, S. 137-155

Rufer, M. (2001): Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. Denkanstöße insbesondere für Nichtärztinnen. In: Wollschläger, M. (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen, S. 225-268

Rufer, M. (2004): Traumatisierung in der Psychiatrie. In: BPE Rundbrief, Ausgabe 4/2004, o.S. Verfügbar unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief/2005/4/rufer.htm Abgerufen am: 04.04.2007

Schneider, W. / Schüßler, G. (1993): Diagnostik in der Psychotherapie / Psychoanalyse und Psychosomatik. In: Schneider, W. et. al. (Hg.): Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine Kritische Auseinandersetzung. Göttingen / Zürich, S. 27-42

Schulze, B. (2005): Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusinterviews. In: Gaebel, W. / Möller, H.-J. / Rössler, W. (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychischer Kranker. Stuttgart, S. 122-144

Shorter, E. (1999): Geschichte der Psychiatrie. Berlin.

Siebrasse, B. (2003): Die Souveränität des Scheiterns. In: Prins, S. (Hg.): Vom Glück.. Wege aus psychischen Krisen. Bonn, S. 142-145

Smith, A. (1993): Was mir hilft wenn ich verrückt werde? In: Kempker, K. / Lehmann, P. (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin, S. 54-56

Sommer, S. (2003): Verantwortung übernehmen. In: Prins, S. (Hg.): Vom Glück.. Wege aus psychischen Krisen. Bonn, S. 80-85

Stark, F. (1997): Einmal verrückt – immer verrückt? Das Bild von psychischer Erkrankung in unserer Gesellschaft. In: Stark, F./Bremer, F./ Esterer, I. (Hg.): Ich bin doch nicht verrückt. Erste Konfrontation mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn, S.92-98

Stark, F./Bremer, F./ Esterer, I. (Hg.) (1997): Ich bin doch nicht verrückt. Erste Konfrontation mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn.

Steenken, D. (2006): In der Hölle der Psychiatrie. In: BPE Rundbrief, Ausgabe 1/2006. Berlin, S.12-13

Stoll, J. (2002): Auf der Spur der Schattenschwester. Erfahrungen einer Borderline-Patientin. Berlin.

Tiek, M. (2002): Die Angst und das Leben mit ihr. In: Knuf,, A. (Hg.): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Bonn, S.74-88

Trotha, Tilo. (2001): Das Berliner Weglaufhaus – ein anderer Ort? Über einige Grundlagen antipsychiatrischer Projektarbeit. In: Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen, S. 467-480

Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Hg.) (2001): Konzeption Weglaufhaus. Berlin.

Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. (Hg.) (2005): Wegweiser Weglaufhaus. Berlin.

Voelzke, W. (2001): Die Psychiatrie auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt. In: Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen, S.533-550

Vogd, W. (2001): Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen. Eine soziologische Analyse im Spannungsfeld von Professionellen, Angehörigen, Betroffenen und Laien. Berlin.

Vollmoeller, W. (2001): Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik. 2. Auflage. Stuttgart.

Watermann, U. / Krausz, M. (1997): Diagnosen und ihre Bedeutung bei psychotischen Erkrankungen. In: Stark, F./Bremer, F./ Esterer, I. (Hg.): Ich bin doch nicht verrückt. Erste Konfrontation mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn, S.92-98

Watzlawick, P. (1981): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München/Zürich.

Wehde, U. (1991): Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme. Berlin.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

Ich bin einverstanden, dass meine Diplomarbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.

Berlin, den 24.04.2007

Grit Reuter