

Claudia Brügge
Wildwasser Bielefeld e.V. (Hg.)

Frauen in ver-rückten Lebenswelten

eFeF



Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Frauen in ver-rückten Lebenswelten : ein Lesebuch zu Frauen und
Psychiatrie / Claudia Brügge/Wildwasser Bielefeld e. V. (Hrsg.). Mit
Beitrag von Alice Schwarzer ... - Bern : eFef-Verl., 1999
ISBN 3-905561-29-8

Inhalt

Claudia Brügge
Einleitung 7

I. Kapitel Entwicklungen: gesellschaftlich & frauenbewegt

Alice Schwarzer
Die Anderen 21
Über den Wahnsinn Frauenhaß

Polina Hilsenbeck
Irrsinn – Eigensinn – Ihr Sinn 29
Therapie im Kontext von Gewalterfahrungen und Psychosen,
Reinszenierung und transpersonaler Erfahrung

Eva Bertoluzza, Martina Gitzl, Michaela Ralsler
Neue Welten – Neue Verrücktheiten 51
«Frauenkrankheit» als Spiegelbild von Geschichte und Gegenwart

Ruth Großmaß
Sexistischer Irrsinn – individuelle Psychose 63
Überlegungen zum feministischen Umgang mit Ver-rückt-Sein

II. Kapitel Erfahrungen: persönlich & politisch

Swantje Koch-Kanz, Luise F. Pusch
Elizabeth Packard, Kate Millett und die mutwillige 85
Einweisung von Frauen in Irrenanstalten

Dorothea-Sophie Buck-Zerchin
Euthanasie damals, Trialog heute 97
Psychose-Erfahrene erkämpfen sich das Wort

Roswitha Burgard
Psychiatrie live! 105
Meine Erfahrungen mit Paula

1. Auflage 1999
© eFef-Verlag, Bern
Alle Rechte vorbehalten
Lektorat: Liliane Studer, Bern
Umschlagbild: Jutta Jeniges, Nürnberg
Umschlaggestaltung: Anne Sulzer, Bern
Herstellung: Tatjana Wagenbach-Stephan, Zürich
Druck & Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, Freiburg i. Br.
Printed in Germany

Jasna Russo Keine Sonderbehandlung. Besonders bin ich schon.	126
Dagmar Schultz Ein Leben, das wir weitertragen werden May Ayim (1960–1996)	139
III. Kapitel	
Projektalltag: alternativ & innovativ	
Ulrike Kloppel Das Weglaufhaus Berlin Eine Alternative zur Psychiatrie?	167
Cornelia Filler Von der Männerstation ins ‹Frauen-Zimmer› Feministische Alternativprojekte am Rande der Sozialpsychiatrie	179
IV. Kapitel	
Themen: kontrovers & explosiv	
Ruth Großmaß Wer sind wir eigentlich? Weibliche Identität zwischen Rollenvielfalt und dem Wunsch nach einem eigenen Ort	195
Iris Hölling Die Diagnosebrille Zur Funktion und Problematik psychiatrischer Diagnosen	220
Irene Stratenwerth Fixiert und verstummt Frauen, Gewalt und Psychiatrie	231
Monika Baldus Ver-rückt den Blick – weg von der Grenze der eigenen weißen Haut	242
Anmerkungen und Literatur Autorinnen Dank	253 273 275

Claudia Brügge

Einleitung

Als roter Faden durch dieses Buch zieht sich die doppelte Bedeutung seines Titels: ‹Frauen in ver-rückten Lebenswelten› meint erstens die subjektiven Aspekte des weiblichen Wahnsinns: Wie leben Frauen mit ihrer ver-rückten Innenwelt? Zweitens geht es aber auch um die ver-rückte und ver-rücktmachende Umwelt von Frauen: die strukturellen Aspekte des weiblichen Wahnsinns. Diesen Doppelsinn zum Thema eines Buches zu machen, scheint erforderlich. Denn theoretische Diskussionen verlaufen oft entlang einer künstlichen Trennlinie zwischen den Fürsprecherinnen der individuellen Dimension auf der einen Seite und denen der politischen Dimension des weiblichen Wahnsinns auf der anderen Seite. Meist münden solche Kontroversen in einer polarisierten Frontstellung. Die gegenüberliegende Seite wird dann entweder des fachlichen Dilettantismus bezichtigt, die politisiert, wo es um Individuelles geht; oder im Gegenzug wird der Vorwurf der unpolitischen Fachidiotie erhoben, die individualisiert, wo es um Politisches geht. Regelmäßig droht sich einer der beiden Aspekte aus der Analyse zu verflüchtigen. Dieser Sammelband bemüht sich dagegen um eine Annäherung der persönlichen und politischen Dimension von ‹Frauen in ver-rückten Lebenswelten›.

So will dieses Buch die Lebenswelt von denjenigen Frauen ins Zentrum rücken, die sich sonst eher am Rande der Gesellschaft bewegen – die Lebenswelt von Grenzgängerinnen. Gemeint sind Frauen, die sich vielleicht selbst als ‹ver-rückt›, ‹multipel›, ‹psychiatriebetroffen› bezeichnen. Frauen, die in Psychiatrie und Gesellschaft mit Diagnosen wie ‹psychotisch›, ‹mischdepressiv›, ‹schizophren›, ‹hysterisch›, ‹dissoziativ identitätsgestört› verstehen werden. Frauen, die häufig isoliert leben, ausgegrenzt und übersehen werden, auch, so müssen wir mittlerweile feststellen, innerhalb der Frauenbewegung.

Die Autorinnen in diesem Band nehmen Stellung dazu, und ihre Leitfragen sind:

- Wie können Umgangsweisen mit psychiatriebetroffenen Frauen aussehen?
- Welche Orte brauchen sie?
- Was hilft, was fehlt? Was läßt sich verändern?

Iris Hölling

Die Diagnosebrille Zur Funktion und Problematik psychiatrischer Diagnosen

Im ersten Teil meines Textes lasse ich Zitate sprechen, die aus unterschiedlichen Perspektiven die Funktion und Problematik psychiatrischer und psychopathologischer Diagnosen illustrieren.¹ Im zweiten Teil ziehe ich ein Fazit daraus. In den Äußerungen, die ich gesammelt habe, kommen PsychiaterInnen, FreundInnen, Familienmitglieder, TherapeutInnen und Betroffene selbst zu Wort. Sie zeigen, wie sich die Sicht auf eine Person durch die Diagnosebrille verfärbt.

Die Originalzitate werden bewußt nicht einzeln interpretiert und in den Text eingeordnet, obwohl sie einige der später eher theoretisch beschriebenen Prozesse durchaus illustrieren könnten. Die LeserIn wird hingegen aufgefordert, sich auf eine bunte Mischung von Perspektiven einzulassen, sich selbst in die jeweiligen Situationen hineinzuversetzen, sich den Fremdblick auszusetzen, die Flut von Außenreaktionen, die von Diagnosen ausgelöst werden, wenigstens auf dem Papier auszuhalten und den Veränderungen im diagnostizierten Subjekt nachzugehen. Sie lassen sich als Deklinationssystem auffassen, durch das die diagnostizierte Person hindurchgeht und hinterher im konkreten Leben aus diesem Prozeß als anders funktionierendes Wesen hervorgeht.²

«Du bist psychisch krank! Lebenslänglich! Das wirst du nie wieder los. Mit der Krankheit mußt du fortan leben, du mußt sie akzeptieren.»

«Sie haben eine Funktionsstörung im Gehirn, Ihre Neurotransmitter sind beschleunigt und verlangsamt. Das hat mit Ihnen, Ihrer Person und Persönlichkeit nichts zu tun. Ihre Lebensgeschichte interessiert mich nicht. Sie brauchen überhaupt nicht zu versuchen herauszufinden, warum. Es ist endogen, die Krankheit kommt so über Sie, das können Sie nur medikamentös bekämpfen. Stellen Sie sich darauf ein, daß Sie Ihr Leben lang Medikamente nehmen müssen, zur Phasenprophylaxe. Sonst kommt das immer wieder, und das wissen Sie ja, wie das dann ist, das wollen Sie doch auch vermeiden, oder?»

«Nein, du brauchst keine Therapie zu machen, du hast doch 'ne Psychose, da findest du sowieso keine Therapeutin, die dich nimmt. Außerdem ist das unheilbar und organisch und gefährlich, da helfen nur Neuroleptika.»

«Ich bin krank, ich kann ja nichts dafür. Ich bin nicht verantwortlich für die Scheiße, die ich angerichtet habe, das war die Psychose, weißt du? Das mußt du verstehen, das war nicht ich. Es tut mir leid, was ich dir angetan habe, aber mich trifft eigentlich keine Schuld. In Zukunft werde ich das Lithium auch nicht mehr absetzen, dann kommt das sicher nicht wieder vor.»

«Was? Du willst die Psychopharmaka absetzen? Bist du verrückt geworden? Die brauchst du doch, das haben dir die Ärzte doch immer gesagt. Du weißt doch, was dann passiert, dann geht alles wieder von vorne los. Ich kann dich dabei nicht unterstützen. Und nochmal mach ich das nicht mehr mit, diesmal kannst du nicht auf mich zählen, nur daß du's weißt!»

«Ich fühle mich so dumpf und leer, so leblos, alle Tage sind gleich. Ich kann nichts mehr empfinden, hab keine Motivation mehr, irgendwas zu tun. Lust verspüre ich auch keine mehr. Ja, ich gehe zur Arbeit, erfülle meine Aufgaben zur Zufriedenheit der anderen, ja, es geht mir besser als in der Psychiatrie. Ja, ich schlafe regelmäßig. Aber eigentlich macht mir das Leben überhaupt keinen Spaß mehr. Früher, da konnte ich mich richtig begeistern, da hatte ich noch Spaß am Leben, da war jeder Tag eine neue Aufregung. Du meinst, da hätte ich auch viel Scheiße gebaut und verrückte Sachen gemacht, die ich später bereut habe? Ja, stimmt, aber so kann es irgendwie auch nicht weitergehen. Du meinst, ich solle die Medikamente auf jeden Fall weiternehmen? Vielleicht hast du Recht, aber ich fühle mich so dumpf...»

«Natürlich bist du meine beste Freundin, und ich weiß auch, daß ich mich auf dich verlassen kann und daß du auf jeden Fall kommen würdest, egal wie's dir geht. Ich habe auch lange überlegt, aber dann habe ich mir doch gedacht, daß es mein Tag ist. Und ich würde es nicht aushalten, wenn du high bist oder wenn's dir völlig schlecht geht. Das ist mir zu unsicher, deshalb wird eine andere Freundin unsere Trauzeugin. Aber du weißt, daß du mir wichtig bist, daß ich weiter was mit dir zu tun haben will.»

«Was, es geht dir schon wieder schlecht? Aber gestern war doch noch alles in Ordnung. Was ist denn passiert? Du weißt es nicht? Es geht dir einfach scheiße und du weißt auch nicht, warum? Du kannst nicht aufstehen? Koch dir doch erst mal 'nen Kaffee, danach geht's dir bestimmt schon besser, und dann machst du irgendwas Schönes... Was? Dir ist eh alles egal? Du kannst nicht mehr? Du hast keine Kraft aufzustehen, weil eh alles sinn-

los ist? Ich weiß auch nicht mehr weiter. Was sagt denn eigentlich deine Therapeutin dazu? Die kann dir auch nicht helfen?»

«Warum ich sauer auf dich bin? Weil ich mich von dir verarscht fühle. Erst erzählst du mir wochenlang, wie schlecht es dir geht, und ich hör mir das alles an, nehme dich ernst, versuche, dich zu verstehen. Und dann kommst du heute, und alles ist wieder in Ordnung und ganz easy. Ich komme damit nicht zurecht.»

«Du ziehst mir den Boden unter den Füßen weg. Deine ständigen Veränderungen machen mir Angst. Du bist so massiv. Du denkst nur an dich, nimmst keinerlei Rücksicht auf die Bedürfnisse der anderen. Du bist mir viel zu schnell. Ich komme überhaupt nicht mehr mit. Ich kann das nicht mehr aushalten mit dir, auch wenn ich dir gerne helfen möchte.»

«Die Medikamente haben mir geholfen. Jetzt kann ich wenigstens wieder schlafen, ich bin zwar jetzt immer müde und hatte ja auch zuerst diese schrecklichen Krämpfe, aber seit ich das Akineton nehme, merke ich nichts mehr davon. Das ist schrecklich, so eine Krankheit, weißt du? Aber seit ich das weiß und Medikamente nehme, komme ich besser damit zurecht. Mit meiner Familie habe ich jetzt auch weniger Konflikte. Manche Leute gucken mich schon komisch an, aber damit muß ich wohl fertig werden.»

«Wie gut, daß MPS mittlerweile als Diagnose anerkannt ist, sonst würde die Krankenkasse meine Therapie nicht bezahlen. Außerdem hätte sich meine Therapeutin sonst auch gar nicht auf MPS spezialisieren können.»

«Ich weiß nicht so recht, was mit mir los ist. Ich hab so komische Erinnerungen, manchmal kommen solche Bilder hoch, von meinem Vater und so, aber ich weiß nicht, was da war. Ob ich Ängste habe? Ob ich mich manchmal verlerze? Ob ich mich umbringen will? Ob ich manchmal abbrauche? Warum fragst du mich das alles?»

«Kennst du das Gefühl, den Boden unter den Füßen zu verlieren? Alles hat plötzlich was mit dir zu tun, alles hat eine Bedeutung. Du mußt plötzlich wildfremde Menschen ansprechen oder jemanden anrufen, den du ewig nicht gesehen hast. Was, du weißt gar nicht, wovon ich spreche? Ich spinne?»

«Sie haben eine Borderline-Störung. Sie müssen auf jeden Fall eine Therapie machen, eine hochfrequente, weil das ja besonders problematisch ist. Sie wissen nicht, wovon ich rede? Sie haben keine Probleme? Ihre Familie ist das Problem? Wie kommen Sie denn darauf?»

«Gib mir sofort das Messer. Nein, ich glaub dir nicht, daß du dir einfach nur aus rituellen Gründen die Haut aufritzen willst. Das ist doch nicht normal. Das tut doch weh. Du verunsicherst dich doch völlig und schadest dir nur selbst dabei. Ich kann das nicht zulassen. Wenn du damit nicht aufhörst, lassen wir dich in die Psychiatrie einweisen.»

«Laß sie doch zufrieden. Du kannst das nicht von ihr verlangen, du weißt doch, was mir ihr los ist. Sie ist eben krank, da mußst du schon etwas Rücksicht nehmen.»

«Ich muß jetzt wieder funktionieren, nachdem ich so lange in der Klinik war. Ich muß den anderen beweisen, daß ich doch noch etwas kann. Aber ich habe solche Angst, diese Prüfung nicht zu bestehen.»

«Was sollen diese ewigen Vorwürfe? Überall glaubst du, was kritisieren zu müssen. Du hast doch sowieso eine verzerrte Wahrnehmung, das haben die Ärzte auch gesagt. Das ist nur dein Verfolgungswahn. Dafür lasse ich mir nicht die Schuld geben.»

«Was haben wir bloß falsch gemacht? Wie konnte das passieren? Unsere einzige Tochter, früher war doch alles in Ordnung! Was für eine Schande für die ganze Familie! Ich verstehe auch überhaupt nicht, was wir damit zu tun haben, warum diese Ärzte auch uns immer zu Gesprächen sehen wollen. Schließlich sind wir doch ganz normale Leute und nicht krank.»

«Ich weiß überhaupt nicht, wovon du sprichst! All diese schrecklichen Sachen, die du plötzlich erzählst. Ich kann mir das nicht vorstellen, so etwas würde dein Vater nie tun. Das haben dir die Therapeuten doch alles nur eingeredet.»

«Mein Leben ist verpfuscht. Ich werde nie wieder einen Job bekommen und arbeiten können. Ich kriege gar nichts mehr auf die Reihe. Wie soll ich denn die Lücken in meinem Lebenslauf erklären? Mit der Geschichte stellst mich doch eh keiner ein, und den WG-Platz habe ich auch nicht bekommen, weil ich ehrlich war. Ich weiß echt nicht, wie das weitergehen soll.»

«Die fehlende Krankheitsseinsicht ist typisch für Schizophrenie. Wenn diese Hürde erst mal genommen ist, wird sie schon einsehen, daß sie die Medikamente nehmen muß, weil sie die einzig mögliche Hilfe darstellen. So lange müssen wir sie eben ein bißchen zu ihrem Glück zwingen, auch wenn sie nicht will.»

«Wenn Sie nicht bereit sind, die Medikamente einzunehmen, dann müssen Sie das Krankenhaus eben wieder verlassen. So sind Sie nicht therapiefähig.»

«Ich weiß ja, daß meine Therapeutin die Diagnose nur geschrieben hat, damit die Therapie von der Krankenkasse bezahlt wird. Aber komisch fand ich das schon, als ich sie gelesen habe. So, das bin ich also. Irgendwas hat das schon mit mir gemacht.»

Wenn Brillen die Sicht verzerren...

Diagnosen verstellen den Blick für individuelles Erleben und den unmittelbaren Zugang zu einer Person. Ich begegne nicht mehr einem Individuum, sondern ich suche nach Symptomen, Verläufen, typischen Zusammenhängen und erstelle Prognosen. Ich habe Erwartungen und leite aus diesen Erwartungen Handlungsmuster ab. Der richtigen Diagnose einer «psychischen Krankheit» folgt eine bestimmte, erlernbare Therapieform. Die Therapeutin hat dadurch eine Legitimation für ihr Handeln und ein Repertoire an therapeutischen Schritten im Kopf, das sie ungeachtet der spezifischen Situation der Klientin anwenden kann. Sie gewinnt so Sicherheit und verbleibt im Umgang mit der Klientin in einem ihr vertrauten Denkraum, der ihr bestimmte Handlungsmuster zur Verfügung stellt.

Diagnosen individualisieren Probleme, Andersartigkeit, Erfahrungen, die sich aus ganz verschiedenen Elementen zusammensetzen. Das «Problem» bekommt einen Namen und wird innerhalb einer Person lokalisiert. Dieser diagnostische Name hebt ganz bestimmte Merkmale aus dem komplexen Situationsgefüge heraus und definiert diese als zentral und ausschlaggebend. Da wird dann plötzlich eine von ihrer Therapeutin zur «Multiplen Persönlichkeit» erklärt, obwohl sie vorher nur viele war und ihre verschiedenen Anteile als Teile ihrer selbst begriffen hat und vielleicht auch noch integrierten konnte. Verhaltensweisen, Gedanken, Problemkonstellationen, die sich z. B. nicht in das «Krankheitsbild der Multiplen Persönlichkeitsstörung» einordnen lassen, werden irrelevant und bleiben außen vor. Nur das, was in die Diagnosekategorie paßt, kommt in den Blick und wird bearbeitet. Alle anderen Ebenen bleiben diesem «diagnostischen Blick» verschlossen, werden ausgeklammert und unwichtig.

Das psychiatrische Diagnosesystem ist ungeeignet, den Erfahrungen Betroffener gerecht zu werden. Es verunmöglicht, die Probleme wirklich zu lokalisieren, da es sie nur ins Innere der Diagnostizierten verlagert. Das komplexe Situations- und Beziehungsgefüge, in dem eine Person lebt, bleibt außen vor. Die «psychisch Kranke» hat das Problem, das Behandlungsbedürftig ist, während ihre Gewalterfahrungen, ihre Lebensumstände, die konkreten Beziehungen zu anderen Menschen nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen.

Psychiatrische und psychopathologische Diagnosen sind überflüssig und schädlich, sie sind aus verschiedenen Gründen kritikwürdig und sollten abgeschafft werden, da sie sowohl der Wissenschaftlichkeit als auch des Realitätsgehalts entbehren. Sie produzieren die «psychischen Krankheiten» erst, die sie zu bezeichnen vorgeben.

Auch die gesellschaftliche Dimension des Umgangs mit Anderssein wird verschleiert. Für Verrückte gibt es keinen wirklichen Raum in dieser Gesellschaft, sie werden zur Bedrohung hochstilisiert, passen nicht ins saubere, geordnete Straßenbild, machen Angst, machen hilflos und stellen möglicherweise die Normen, auf denen unser gesellschaftliches Sein aufbaut, radikal in Frage. Anstatt sich mit den diagnostisch stigmatisierten Personen, ihren Erfahrungen und Positionen wirklich auseinanderzusetzen und sich selbst als Gegenüber oder die eigene Normalität in Frage zu stellen, werden sie zu «Kranken», denen vorrangig psychiatrische oder psychotherapeutische Räume zur Verfügung stehen.

Das diagnostisch deklinierte Ich

Jeanine Grobe faßt in ihrer Einleitung zu «Beyond Bedlam: Contemporary Women Psychiatric Survivors Speak Out» die Auswirkungen der Krankheitsdiagnose auf die Betroffenen sehr anschaulich zusammen:

«Als eine Frau, die mit «psychischer Krankheit» diagnostiziert worden ist, ehre ich den verwunderen Mut aller Frauen, die diesen brutalen Krieg gegen uns selbst überlebt haben. Zusätzlich zum Überleben unseres «Wahnsinns» mußten wir die «Behandlung» unseres «Wahnsinns» überleben: die Einzelzellen, die Gummizellen, die gewaltsamen Fixierungen, die Zwangsjacken; die Zwangsinjektionen, Behandlung ohne Zustimmung, Unterbringung gegen unseren Willen; die Psychopharmaka, Elektroschocks, Gehirnzerstörung; die Nebenwirkungen, gebrochene Zähne, Wirbelsäulenverletzungen, Behinderungen, Tode, unbeanspruchte Körper, die unter nummerierten Schildern begraben sind; die sexuellen Angriffe, körperlichen Mißbrauch, Vergewaltigungen; die bevorzughaltenden Haltungen, stigmatisierende Praktiken, Diskriminierung, Eindringen in die Privatsphäre, Ächtung, Isolation, Entfremdung. Den Zwang. Das Zum-Sündenbock-Machen. Die Lügen, die gegen uns erzählt werden, die Wahrheiten, die ungehört bleiben, weil wir «paranoid» sind; das Fehlen von Bürgerrechten, Menschenrechten, Gerechtigkeit. Die Verstümmelung des Kopfes, Körpers, Geistes; die gebrochenen Teile, die nie zusammengefügt werden, die zerbrochenen Leben, die Teile, die für immer verloren sind. Den Schmerz. Das Leiden. Die Zurückweisung

durch die Welt. (...) Ich fand heraus, daß es in den psychiatrischen Institutionen nicht um Heilung, sondern um Unterdrückung geht, die Unterdrückung des menschlichen Geistes. Die psychiatrische Institution lehrt mich zu akzeptieren, terrorisiert, gefoltert, gequält und traumatisiert zu werden, weil dieses ›Medizin‹ und ich ›krank‹ war.³

In obigem Zitat wird die Brutalität der psychiatrischen und gesellschaftlich sanktionierten Gewalt, die durch die Krankheitszuschreibung legitimiert wird, im Detail beschrieben. Die sogenannte Behandlung besteht aus Gewalt, Zwangsmaßnahmen, dem Verlust elementarer Menschenrechte einerseits und verändernden Haltungen der Umwelt andererseits. Das Wort einer ›psychisch Kranken‹ zählt nicht mehr, ihr wird nicht geglaubt, sie wird ausgegrenzt, ausgeschlossen. Hinzu kommt verschärfend, daß die Psychiatrie die Betroffenen auch noch dazu bringt, diese Gewalt nicht mehr als solche zu erkennen, zu benennen und zu bekämpfen, sondern sie zu akzeptieren.

Hochproblematisch finde ich die Veränderungen im Selbst- und Fremdbild, die aus der Diagnose ›psychisch krank‹ resultieren. Einerseits kann eine psychiatrische oder psychopathologische Diagnose für die Betroffene Erklärungs- und Entlastungsfunktion haben. Endlich hat das ungewöhnliche, extreme, ver-rückte, schwierige, leidvolle Denken, Fühlen und Erleben einen Namen, der ihm einen Sinn gibt und die Betroffene von der Verantwortung dafür entlastet. Dies kann zu einer immer passenden Entschuldigung des ungewöhnlichen Verhaltens werden, zur Abspaltung des verrückten Erlebens von der eigenen Person führen und zur Delegation der Behandlung dieser Ausnahmezustände an psychiatrische und psychotherapeutische ExpertInnen (‹Ich kann nichts dafür, ich bin eben krank.› Oder: ‹Was sagt denn Deine Therapeutin oder Psychiaterin dazu?›).

Andererseits führt die Annahme des psychiatrischen Krankheitsurteils zu einschneidenden Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen.⁴ Der Zugang zum eigenen Körper verändert sich, er kann als die Ursache des Übels erscheinen, auf minutiöse Weise nach subtilen Krankheitsanzeichen abgesehen und zur Quelle der Besorgnis werden. Natürliche Erfahrungen wie periodische Schlätschwierigkeiten werden im psychiatrisch-diagnostischen Kontext plötzlich zu Unheilsboten, die mögliche ›Krankheitschübe‹ ankündigen.

Die in der Psychiatrie verabreichten psychiatrischen Psychopharmaka haben zudem direkte Auswirkungen auf den Körper und können zu bleibenden Schäden führen.⁵ Das Selbstverhältnis wird zum gebrochenen, der Umgang mit sich ist kein unmittelbarer mehr, sondern vermittelt durch die

diagnostisch erwiesene, von sogenannten ExpertInnen produzierte Krankheitsinsicht und die damit verbundenen Ängste. Wenn eine versucht, sich von diesen Diagnosen zu distanzieren, gegen die Etikettierung und die Zwangsläufigkeit der Prognosen kämpft und die Integration der Fremddefinition in das eigene Selbstbild in Frage stellt, führt dies unweigerlich zu einem Kampf gegen das eigene Selbst. Angst vor psychiatrisch vermittelter Unberechenbarkeit kann tief sitzen, gebrochene Vertrauen in die eigenen Wahrnehmungen ist oft nur in jahrelanger mühsamer Arbeit wiederzugewinnen, wenn überhaupt. Wenn einer von PsychiaterInnen eingeredet worden ist, sie habe eine Funktionsstörung im Gehirn, die so über sie komme und nichts mit ihr zu tun habe, kann es unter Umständen lange Jahre des Kampfes kosten, bis eine Stimmungsschwankung wieder eine Stimmungsschwankung ist und ein schlechter Tag einfach nur ein schlechter Tag und nicht der unheilvolle Vorbote der unkontrollierbaren ›Depression‹.

Die Doppelseichtigkeit psychiatrischer Diagnosen illustriert das folgende Zitat:

‹Eine Klientin beschrieb, daß sie nach dem Lesen des Buches ›Der Aufschrei‹ von Truddi Chase das Gefühl hatte, durch diese Darstellung einer MPS ein Stück ihrer eigenen, von mehrfachen Suizidversuchen und Lebenskrisen geprägten Lebensgeschichte für sich erklären zu können. Sie konnte diese jetzt innerhalb der Welt der Menschen mit psychischen Problemen einordnen und brauchte nicht mehr die Angst empfinden zu müssen, verrückt zu sein oder es zu werden. Auch diese Frau befand sich, wie viele andere, mehrmals in stationärer Behandlung mit wechselnden Diagnosen; sie konnte sich über die Identifikation mit der Diagnose MPS aus dem psychiatrischen Rahmen befreien und sich an ein unabhängiges soziales Frauenprojekt wenden, um Hilfe zu bekommen.›⁶

Einerseits wird hier die für die Betroffene offenbar positive Funktion der Identifikation mit der Diagnose MPS sichtbar, ihre Geschichte ordnet sich, sie ergibt Sinn. Andererseits verweist die Wertung der verschiedenen Diagnosen auf eine Hierarchie unter den psychiatrisierten Frauen. Es gibt die ›Verrückten‹ mit den schlimmen, harten psychiatrischen Diagnosen und die anderen, denen auch soziale Frauenprojekte noch helfen können. Die Autorin scheint in ihrer positiven Beschreibung der Diagnose MPS überhaupt nicht zu bemerken, was sie damit indirekt über die Diskriminierung psychiatrisierter Frauen in sozialen Frauenprojekten sagt. Die mit der ›richtigen Diagnose‹ – in diesem Fall einer, die in Frauenkreisen anerkannt ist – dürfen kommen und finden Unterstützung. Für die anderen – die sogenannten

schweren Fälle oder wirklich Verrückten – ist und bleibt die Psychiatrie zuständig. Hier wird deutlich, daß es auf die Probleme der Frau gar nicht mehr ankommt, weil nur der Stempel entscheidet. Da fast allen, die in der Psychiatrie landen, verschiedenste Diagnosen zugeschrieben werden, was deren Willkür veranschaulicht, erscheint mir diese Beschreibung der Befreiung aus der Psychiatrie durch die richtige Diagnose, die der eigenen Lebensgeschichte Sinn verleiht, ziemlich absurd.

Gewalt unter dem Deckmantel der Diagnose

Die Diagnose einer ›psychischen Krankheit‹ durch PsychiaterInnen impliziert für diese einen Behandlungsauftrag. Sie legitimiert Zwangsmaßnahmen und Gewalt, wenn ÄrztInnen und RichterInnen gemeinsam zu dem Schluß kommen, daß Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Bei keiner Krankheit ist Behandlung erlaubt, wenn die einwilligungsfähigen PatientInnen der Behandlung nicht zustimmen. Die elementaren Menschenrechte auf Selbstbestimmung und Unversehrtheit des Körpers sind in der Psychiatrie außer Kraft gesetzt, wie es in Jeanine Grobes Zitat bereits beschrieben worden ist. ›Krankheitsuneinsichtige‹ werden mittels offener oder subtiler Gewalt erzwungen, psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen und Maßnahmen wie Elektroschocks über sich ergehen zu lassen, ohne über die gesundheitsschädigenden Risiken aufgeklärt zu werden. Erpressungsversuche wie «Entweder Sie nehmen die Medikamente, oder Sie dürfen nicht raus» gehören in der Psychiatrie zur Tagesordnung.

Der ›richtigen‹ Diagnose folgt ein bestimmtes Behandlungskonzept, das neben pharmakologischer Behandlung Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Physiotherapie, Psychotherapie einzeln und in Gruppen beinhalten kann. Die sogenannten Professionellen beanspruchen das Recht zu entscheiden, was den Betroffenen hilft. Selbstbeschreibungen der Betroffenen sind nicht mehr wichtig. Wenn sie ins Diagnosebild passen, werden z.B. ungewöhnliche Ausdrucksformen, die für die Betroffenen Bewältigungsstrategien sein können, zu Krankheitssymptomen.

Die diagnostische Autorität sichert die Definitionsmacht der PsychiaterInnen, sie betont die Differenz zwischen den ›Psychisch Kranken‹ und ihnen selbst, den gesunden NormalbürgerInnen. Diagnostizieren ermöglicht ihnen Distanzierung, gibt ihnen Sicherheit und Orientierungshilfen im Hinblick auf den weiteren Umgang mit den Betroffenen. PsychiaterInnen haben medizinische Konzepte im Kopf, anhand derer sie die Betroffenen wahrnehmen, beurteilen, einordnen, klassifizieren. Ihnen selbst legen diese Konzepte, je

nach Diagnose, bestimmte Handlungsoptionen nahe. Es ist nicht mehr nötig, sich wirklich auf das Gegenüber einzulassen, weil nur die Verhaltensweisen interessieren, die ›krankheitsrelevant‹ sind. Wenn eine Diagnose erstellt ist, erübrigen sich alle Fragen danach, wie eine Person sich verhält, was sie über sich selbst sagt, wie sie sich fühlt, weil alle bereits zu wissen meinen, was ›Psychose‹, ›Schizophrenie‹, ›Depressionen‹, ›Angstneurosen‹ etc. sind.

In der Psychiatrie bestehen spezifische Machtverhältnisse, die Gewalt einschließen und auf psychiatrisch-diagnostischem Macht-Wissen fußen. In diesem System sind die PsychiaterInnen die ExpertInnen, die ihr Gegenüber festlegen und die Möglichkeiten der Betroffenen zu sein einschränken.

Da die PsychiaterInnen immer potentiell Gewalt anwenden können, ist das Verhältnis zwischen ihnen und ihren ›PatientInnen‹ nie gleichberechtigt. Ob unter solchen Bedingungen Gespräche, wirkliche Begegnungen, Kontakte, Bündnisse, Vereinbarungen usw. möglich sind, halte ich für sehr fragwürdig.

Die meisten der bereits für die Psychiatrie genannten Funktionen treffen auch für TherapeutInnen zu. Viele PsychotherapeutInnen würden vermutlich sagen, daß sie Diagnosen nur zu Abrechnungszwecken, für Kostenerstattungsanträge bei den Krankenkassen brauchen und daß diese in ihrer täglichen Arbeit mit den KlientInnen keine Rolle spielen. Dennoch stellt psycho-diagnostisches Wissen auch für sie ein Wahrnehmungs- und Interpretationsraster dar, vor dessen Hintergrund sorgfältig in therapierbare und nicht-therapierbare ›Störungen‹ unterschieden wird. «MPS ist im Gegensatz zu Schizophrenie eine sehr gut psychotherapeutisch behandelbare Störung»⁷, schreibt Michaela Huber und illustriert damit die grausame Kategorisierung Psychiatrie-Betroffener in therapeutisch aussichtsreiche und hoffnungslose ›Fälle‹. Die Konsequenzen dieser weit verbreiteten Haltung bekommen Psychiatrie-Betroffene besonders deutlich zu spüren, wenn sie versuchen, eine geeignete Psychotherapeutin zu finden und dabei regelmäßig die Antwort bekommen, daß Psychotherapeutinnen sich nicht zuständig fühlen für Menschen, die bereits den Diagnosestempel ›Psychose‹ erhalten haben.⁸

Die Diagnosegewalt ist ein Bestandteil der klar definierten Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin, in der letztere als Expertin auftritt und als Person kaum vorkommt. Auch hier handelt es sich um ein Machtverhältnis, in dem die Therapeutin Therapieziele verfolgt, aus denen sich bestimmte therapeutische Interventionen ableiten, deren Hintergründe der Klientin verborgen bleiben können.

Diejenigen, die eine feministische Psychiatrie für eine dringende Notwendigkeit und einen großen Fortschritt halten, sind der Meinung, von Frauen gemachte Psychiatrie für Frauen würde Wesentliches verändern, Feministinnen könnten den Bedürfnissen und spezifischen Problemen von Frauen in dieser Gesellschaft angemessener begegnen. Frauen würden anders wahrgenommen, hätten mehr Raum für sich, würden mit dem für sie geschulten Blick richtig diagnostiziert und gut behandelt.

Vertreterinnen der Antipsychiatrie-Bewegung wie Kerstin Kempker halten eine feministische Psychiatrie für ein «Wortungeheuer, das sich selbst fressen sollte»⁹. Ich denke, die feministische Psychiatrie ist eine Absurdität, ein Widerspruch in sich. Die Möglichkeiten, innerhalb der Psychiatrie etwas zu verändern, sind begrenzt, denn Psychiatrie ist immer potentiell gewalttätig. Psychiatrie erfüllt in dieser Gesellschaft eine Funktion als Ordnungsmacht. Auch eine von Frauen gemachte Psychiatrie würde den pervertierten Anspruch, gleichzeitig heilen zu wollen und Ordnungsmachtfunktion zu haben, erfüllen müssen. Daher sind für mich die psychiatrischen Realitäten mit feministischer Politik unvereinbar. Psychiatrie – egal wie fortschrittlich sie sich geben mag – ist die falsche Antwort auf Ver-rückt-Sein, menschliches Leiden, Extremzustände, Andersartigkeit.

Und wenn die Brille zerbricht?

Welche Möglichkeiten eröffnen sich ausgehend von dieser Diagnosekritik? Wünschenswert sind direkter Kontakt und authentische Begegnung, eine Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten und Arbeitsweisen aus dem Miteinander. Grundbedingungen für die Möglichkeit, andere zu unterstützen, ist absolute Freiwilligkeit. Jede sollte selbst entscheiden, wann sie welche Hilfe von wem möchte. Nur auf der Basis von Vertrauen in die Selbstbeschreibungen der Betroffenen und von grundlegendem Respekt kann eine wirkliche Kommunikation stattfinden. Orte und Situationen, wo diagnosefreies Miteinander stattfinden könnte, gäbe es unzählige. Schon jetzt kann dieses Andere überall dort entstehen, wo die Einweisung in die Psychiatrie ausgeschlossen wird, weil nur dort genügend Sicherheit besteht, wirklich ernst genommen zu werden, sich in geschützten Räumen unzensuriert äußern zu können, ver-rückt sein zu dürfen. Meiner Meinung nach brauchen Ver-rückte nur einen Raum, wo sie sein können, und Menschen, die dabei bleiben können, die sie auch in möglichen Extremzuständen aushalten und weder unmittelbar handeln noch alles sofort verstehen müssen.

Irene Stratenwerth

Fixiert und verstummt Frauen, Gewalt und Psychiatrie

Eine Frau liegt allein in einem kahlen Raum. Sie ist nackt, an den Hand- und Fußgelenken ist sie gefesselt, festgegurter an einem eisernen Bettgestell, die Beine weit auseinandergerissen. Manchmal schreit sie. Niemand kommt. Sie liegt in ihrem Kot und Urin, ihre Haut brennt, die Knöchel hat sie sich an den Ledergurten wundgeschuert. Ihren Hunger spürt sie nicht mehr, aber ihr Durst ist fürchterlich. Doch vor allem peinigt sie eine unbeschreibliche, panische Angst.

Man möchte sich in diese Szene nicht weiter hineindenken, geschweige denn -fühlen. Man möchte sie als perverse Inszenierung einer sadistischen Phantasie einfach ablehnen oder in die Verantwortung einer fernen Militär-diktatur abschieben. Doch diese Szene ist eine Realität, die auch heute noch in der deutschen Psychiatrie möglich ist. Eine einfache Umfrage der Caritas-Beratungsstelle in Offenburg etwa, von der später noch die Rede sein wird, wurde zum erschreckenden Dokument über die Alltäglichkeit solch martialischer Gewaltszenen in Krankenhäusern für seelisch Leidende.

In den letzten zwanzig Jahren haben fast alle gesellschaftlichen Bereiche Kampagnen zur Sensibilisierung gegenüber vielen offenen und auch subtilen Formen von Gewalt gegen Frauen erlebt. Im selben Zeitraum wurde die Psychiatrie umfassend reformiert. Die menschenunwürdigen Verhältnisse, die die Psychiatrie-Enquete Anfang der 70er Jahre vorfand, sollten nie wieder möglich sein. In der Tat sind die meisten psychiatrischen Kliniken heute, von ihren baulichen Gegebenheiten her, kaum mehr von allgemeinen Krankenhäusern zu unterscheiden. Die Vorschriften zur Personalausstattung und die Ausbildung wurden nachhaltig verbessert. Doch das Thema Gewalt blieb aus den Reformvorstellungen der Psychiatrie-Enqueten ausgespart. «Diese Chance wurde verpaßt. Damals hätten wir noch die Vorstellung: Wenn wir die Versorgung verbessern, lösen sich alle Probleme von selbst. Doch so ist das Leben leider nicht», erklärt Asmus Finzen, heute Leiter der sozial-psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik in Basel.¹

Weder die erhöhte gesellschaftliche Sensibilität gegenüber Gewalt gegen Frauen noch die Psychiatrie-Reform haben bewirken können, daß Gewalt in der Psychiatrie auf ein unvermeidbares Minimum reduziert wurde. Im