



eff

Frauen in  
Lebenswelten  
ver-rückten  
Claudia Brügg  
Wildwasser Bielefeld e.V. (Hg.)

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme  
Frauen in ver-rückten Lebenswelten : ein Lesebuch zu Frauen und  
Psychiatrie / Claudia Brügge/Wildwasser Bielefeld e. V. (Hg.). Mit  
Beitr. 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 Ralser  
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

Swanije 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-Erfahrung 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: Jura Jeniges, Nürnborg  
Umschlaggestaltung: Anne Sulzer, Bern  
Herstellung: Tatiana 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	139
Moy Ayim (1960–1996)	
<b>III. Kapitel</b>	
<b>Projekttag: alternativ &amp; innovativ</b>	
Ulrike Klöppel Das Weglaufhaus Berlin	167
Eine Alternative zur Psychiatrie?	
Cornelia Fiker Von der Männerstation ins ‹Frauen-Zimmer›	179
Feministische Alternativprojekte am Rande der Sozialpsychiatrie	
<b>IV. Kapitel</b>	
<b>Themen: kontrovers &amp; explosiv</b>	
Ruth Großmaß Wer sind wir eigentlich?	195
Weibliche Identität zwischen Rollenvielfalt und dem Wunsch nach einem eigenen Ort	
Iris Hölling Die Diagnosebrille	220
Zur Funktion und Problematik psychiatrischer Diagnosen	
Irene Stratenwerth Fixiert und verstummt	231
Frauen, Gewalt und Psychiatrie	
Monika Baldus Ver-rückt den Blick – weg von der Grenze der eigenen weißen Haut	242
Anmerkungen und Literatur	253
Autorinnen	273
Dank	275

## Claudia Brügge

### Einleitung

Als roter Faden durch dieses Buch zieht sich die doppelte Bedeutung seines Titels: ‹Frauen in verrückten Lebenswelten› meint erstens die subjektiven Aspekte des weiblichen Wahnsinns: Wie leben Frauen mit ihrer ver-rückten Innenwelt? Zweitens geht es aber auch um die verrückte und ver-rückt-machende 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›, ‹manisch-depressiv›, ‹schizophren›, ‹hysterisch›, ‹dissoziativ identitätsgestört› versehen 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?

Ulrike Klöppel

## Das Weglauflhaus Berlin

*Eine Alternative zur Psychiatrie?*

So vielfältig die Situationen sein können, in denen eine/r verrückt wird oder für verrückt erklärt wird, die Reaktion darauf ist gemeinhin recht schematisch: Die Psychiatrie wird aktiviert, Verrücktheit wird in die Kategorie «psychische Krankheit» gepreßt, schulmedizinisch-objektiv wird entschieden, um welches Krankheitsbild es sich handelt und welche Psychopharmaka eingesetzt werden. Nach wie vor werden bei einer Zwangsunterbringung in der Psychiatrie nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer Menschen auf geschlossenen psychiatrischen Stationen eingesperrt. «Fixierungen» – mit Riemen an ein Bett oder einen Stuhl gefesselt werden – gehören dort zum Alltag. Nach wie vor werden auch gegen den Willen der Betroffenen Psychopharmaka verabreicht. Nur in wenigen Ausnahmefällen wird der erklärte Wille, diese nicht nehmen zu wollen, respektiert.<sup>1</sup> Aber auch die «freiwillige» Psychopharmaka-Einnahme sollte man sich genauer anschauen: In der Regel besteht ein großer Druck, diese «Medikamente» zu nehmen, weil Behauptungen von PsychiaterInnen einschüchtern, daß sonst die «Krankheit» immer schlimmer werde. Und meistens sehen die betroffenen Menschen keine Alternative.

Einige entschließen sich wegzulaufen, weil sie nicht das Gefühl haben, ihnen würde in der Psychiatrie geholfen.

*Nichts wie raus! Aber wohin?*

Das Weglauflhaus «Villa Stöckle» in Berlin bietet Menschen einen Zufluchtsort, die dem psychiatrischen Netz und den psychiatrischen Behandlungsmethoden entkommen wollen. Im Weglauflhaus wird niemand eingesperrt, es gibt keine Diagnosen und keine medikamentöse Behandlung.

In seinem Konzept lehnte sich das Berliner Weglauflhaus zunächst an die Idee der holländischen Weglauflhäuser an, ist aber schließlich in entscheidenden Teilen davon abgekommen.<sup>2</sup> Eröffnet Anfang 1996 ist es das erste Projekt in Deutschland, das Psychiatrie-Betroffenen Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka bietet.

Da der Aufenthalt über den Paragraphen §72 BSHG als «Hilfe zur Über-

windung besonderer sozialer Schwierigkeiten» finanziert wird, können nur Wohnungslose oder Menschen, die akut von Wohnungslosigkeit bedroht sind, aufgenommen werden.<sup>3</sup>

In der ‚Villa Stöckle‘ am Stadtrand von Berlin können maximal dreizehn Menschen bis zu einem halben Jahr wohnen. Es gibt eine Frauenetage, einen ‚Sport-‘ oder ‚Toberaum‘, einen Garten. Den Haushalt organisieren die BewohnerInnen selber. Einmal pro Woche gibt es eine Hausversammlung, die kein therapeutisches Gruppengespräch ist, sondern ein Treffen, an dem anstehende Probleme des Zusammenlebens, die Alltagsorganisation und Planung von gemeinschaftlichen Unternehmungen (z. B. Ausflüge) usw. besprochen werden. Die BewohnerInnen werden in Entscheidungen, die das Zusammenleben im Haus betreffen, einbezogen, das gilt etwa für Entscheidungen, ob ein/e BewohnerIn bleiben kann oder gehen muß oder ob es einen Koch- und Putzplan gibt. Auch sind den BewohnerInnen die Akten, die von den MitarbeiterInnen über sie geführt werden müssen, um einen Überblick zu haben, jederzeit zugänglich. Die einmal wöchentlich stattfindende Teamsitzung steht ihnen, sofern dort über sie gesprochen werden soll, prinzipiell offen. Jede/r BewohnerIn sucht sich zwei Vertrauenspersonen unter den MitarbeiterInnen aus, die sich während ihrer Dienste für ihn/sie besonders Zeit nehmen. Rund-um-die-Uhr sind zwei der vierzehn MitarbeiterInnen<sup>4</sup> anwesend, die auch in der Nacht ansprechbar sind.

Das Weglauffhaus ist von Berliner ‚Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt‘ in langjähriger, mühevoller Arbeit aufgebaut worden. Letztlich konnte es vor allem dank einer Privatspende von einer Million Mark realisiert werden. Unter den MitarbeiterInnen sind (mindestens) die Hälfte Psychiatrie-Betroffene. Sie haben am eigenen Leibe erlebt, was es heißt, psychiatrisiert zu werden. Ihre Erfahrungen mit Ausgrenzung, Zwangsbehandlung, dem erfolgreichen Absetzen von Psychopharmaka und damit, nach einer Psychiatisierung wieder Fuß zu fassen, sind für viele BewohnerInnen von großem Interesse – dies kann sie darin bestärken, den Weg außerhalb der Psychiatrie zu beschreiten. Eine Ausbildung der MitarbeiterInnen im psychosozialen Bereich ist für die Arbeit im Haus nicht ausschlaggebend, sie kann sogar hinderlich sein, sofern dadurch der eigene Blick eingeschränkt wird – denn im Weglauffhaus sollen keine therapeutischen oder sozialpädagogischen Konzepte zur Anwendung kommen.

#### *ExpertInnen in eigener Sache*

Das Weglauffhaus ist ein antipsychiatriarisches Projekt. Auch wenn im Alltag eine partielle Zusammenarbeit mit Institutionen des psychiatrischen Netzes erforderlich ist<sup>5</sup>, bleibt die Kritik an psychiatrischen Praktiken wie Einspernung, Fixierung, Elektroschock und Zwangsmedikation bestehen. Ebenso unsere Kritik an der Entmündigung durch Bestellung eines Betreuers, der Stigmatisierung durch Diagnosen, der Wirkungsweise und Gefährlichkeit von Psychopharmaka.<sup>6</sup> Die psychiatrische Zwangsbehandlung wird durch die verbietende und ohne die Einschätzung des betroffenen Subjekts auskommende Feststellung von Leiden und Krankheit gerechtfertigt. Der objektive ärztliche Blick läßt den als ‚psychisch krank‘ Eingestufteten letztlich nur zwei Optionen offen: ‚Krankheitsneinlich‘ oder ‚Krankheitsuneinsichtigkeit‘. Demgegenüber werden die BewohnerInnen des Weglauffhauses nicht als Kranke angesehen und behandelt.

Andererseits ist das Projekt im Bereich des §72 BSHG angesiedelt worden. Der Paragraph schließt die WegläuferInnen, die sich gerade aus der Psychiatrie befreit haben, in eine andere Struktur ein: Sie werden zu BewohnerInnen des Wohnungslosen-Fürsorgensystems, in dem sie klassischerweise als betreuungsbedürftig, weil ‚bindungsunfähig‘ und ‚unser‘ betrachtet werden. Das Ziel der dort vorgesehenen Betreuung ist, sie ‚selbhaft‘ zu machen, sie zu gesellschaftlichen Bindungen (Familie, Arbeit etc.) zurückzuführen. Die MitarbeiterInnen betrachten die BewohnerInnen zwar nicht als betreuungsbedürftig, gegenüber den Sozialen Wohnhilfen der Sozialämter haben jedoch auch wir ‚Resozialisierungs-Fortschritte‘ vorzuweisen, denn diese Behörden sind unsere Geldgeber.

Ist das Weglauffhaus eine ‚Alternative‘ zur Psychiatrie? Nicht-psychiatrische Umgangsweisen können sich nur dort entfalten, wo psychiatrisches Denken keinen Raum hat.<sup>7</sup> Wenn das psychiatrische Denken den Rahmen vorgibt, wonach die verrückten Verhaltensweisen, die sogenannten ‚Symptome‘, schlicht zu besetzenden sind, während die Inhalte der Verrücktheit ignoriert werden, kann es sich nur um eine traurige Alternative handeln. Doch selbst dann, wenn diese sich vom Krankheitskonzept und Behandlungsrezept freigemacht hat, vermag eine verzeigte, in ihren Möglichkeiten begrenzte Alternative nur wenig, solange man doch letzten Endes in die Psychiatrie eingewiesen werden kann.

Ich ziehe es daher vor, von einem nicht-psychiatrischen Ort zu sprechen. Ein solcher Ort zeichnet sich dadurch aus, daß Verrücktheit nicht als zu besetz-

gende Krankheit angesehen wird. Es ist ein Ort, wo es keine Lösungsformeln, keine Patentrezepte gibt.

Ich möchte das Weglauflhaus als einen solchen Ort skizzieren, ohne eine pauschale Antwort auf die pauschale Frage zu geben: «Was macht ihr, wenn eine so richtig austraster?» Bei dieser Frage weiß ich noch nicht mal, ob eine überhaupt möchte, daß ich mich ihrer annehme. Und wenn ja, dann kann sich der Umgang nur aus einer konkreteren Auseinandersetzung mit der betreffenden Person entwickeln. Ansatzpunkt dafür sind ihre besonderen Erfahrungen und Vorstellungen dessen, was in verrückten Zeiten eine Stütze sein kann.

Um zu verdeutlichen, was das heißt, baten wir die Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe zum Weglauflhaus, die ich mit zwei weiteren Mitarbeiterinnen<sup>8</sup> am Wildwasser-Kongreß 1997 anbot, sich eingangs folgende Frage zu stellen: «Was tut mir gut, wenn ich verrückt bin?»<sup>9</sup> Die Antworten waren vielfältig:

Ich will gefragt werden!

Und ernst genommen werden.

Ich will nicht gleich zu Anfang alles erklären müssen, wenn ich um Hilfe bitte.

Ich brauche Räume, in denen ich schreiben, um mich schlagen, tanzen, malen... kann – und niemand soll dies interpretieren.

Es soll ein diagnosefreier Raum sein.

Ich brauche die Sicherheit, daß nichts über mich entschieden wird, keine Zwangsmaßnahmen gegen mich ergriffen werden, auch bei Grenzüberschreitungen... außer bei Gewalttätigkeit.

Ich möchte nicht eingesperrt werden.

Ich brauche einen Ort, wo ich einfach da sein kann.

Einen schönen Ort, der mich ›hier‹ sein läßt.

Ich brauche Zeit, will gelassen werden.

Ein Ort, wo ich ohne Angst beengende Gesetze niederreißen und dann etwas Neues aufbauen kann.

Ich brauche Personen um mich, die sich einlassen können und denen ich es vertraue, daß sie meine Verrücktheit tragen können, die selber auf dem Boden bleiben.

Ich möchte nur Frauen um mich haben.

Ich möchte mit Menschen zusammensein, zu denen ich eine persönliche Beziehung habe.

Menschen, die dem Unerträglichen Utopien, Träume entgegenhalten.

Die sich mit den Strukturen gesellschaftlicher und patriarchaler Gewalt auseinandergesetzt haben.

Die eine klare Parteilichkeit haben.

Ich möchte mich mit anderen austauschen können, die auch verrückt sind.

Ich brauche mein eigenes Bett, einen eigenen Raum.

Ich will aber die Wahl haben, mit anderen das Zimmer zu teilen, wenn ich nicht allein sein will.

Grundbedürfnisse will ich von anderen erfüllt bekommen.

Ich möchte gefragt werden, ob ich versorgt werden will.

Ich möchte zwischen mehreren verschiedenen Orten wechseln können.

Es muß möglich sein, sofort und ohne bürokratische Hürden aufzuzukommen zu werden.

Hilfe nach Rezept verlangte keine!

#### *Die ›Villa Stöckle‹ – abseits von therapeutischen Konzepten*

Die Arbeit im Weglauflhaus kann ich nur von meinem subjektiven Ansatz aus beschreiben, meine Ausführungen sind in dem Sinn nicht repräsentativ.

Ich werde mich in meiner Darstellung nicht an den herkömmlichen Begriffen wie z.B. Therapie, Betreuung, Heilung abarbeiten, mit denen sozialarbeiterische oder psychologische Praxis beschrieben wird. Ihr Bedeutungsfeld ist mir ebenso wie die entsprechenden Herangehensweisen<sup>10</sup> größtenteils sehr suspekt. ›Therapie‹ soll einen ›Heilungsprozeß‹ in Gang bringen. Bezugsgröße dieses Prozesses ist ›psychische Gesundheit‹ bzw. ›Normal-Sein‹, ›sein wie alle anderen‹. Unter ›Normalität‹ kann nicht einfach der gesellschaftliche Durchschnitt verstanden werden. Normalität ist eine soziale Norm, die zu erfüllen vor allem denen abverlangt wird, die als AbweichterInnen aus der Mehrheit der Normalen ausgegrenzt werden – ein Akt, durch den diese Normalität sich gleichzeitig (re-)konstruiert. – Das friedvolle Wörtchen ›Heilung‹ verschleiert den gesellschaftlichen Druck, sich der ›Normalität‹ anpassen zu müssen. – Im Begriff ›Betreuung‹ ist die Unterstellung einer ›Betreuungsbedürftigkeit‹ enthalten, die notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen per amtsärztlichen Einscheid festgesetzt wird (so, wenn ein gerichtliches Betreuungsverfahren eingeleitet wird).

Der Versuch, ohne Psychiatrie und Therapie zurechtzukommen, ist für mich daran gekoppelt, von psychiatrischen oder therapeutischen Begriffen und den damit einhergehenden Sichtweisen Abstand zu nehmen – und zu einer anderen Sprache zu finden. Das ist nicht leicht. Allein schon deswegen,

weil es im Team und mit den BewohnerInnen des Weglauffhauses ständig Diskussionen über Handlungsweisen und Begriffe gibt.

Anlaß zu Diskussionen gaben z.B. der Begriff und die Rolle der <Vertrauenspersonen>: Die BewohnerInnen können sich zwei MitarbeiterInnen auswählen, welche sich während ihrer Dienste besonders Zeit für sie nehmen. Vom Team aus wird die Funktion der Vertrauenspersonen vor allem darin gesehen, den Aufenthalt im Weglauffhaus mit Blick auf das, was nach dem Aufenthalt sein soll, zu begleiten. Darüberhinaus können besonders vertrauliche Angelegenheiten zur Sprache kommen, müssen aber nicht. Welche Intensität dieses Verhältnis bekommt, ob sich intensive Gespräche allein auf die Vertrauenspersonen konzentrieren, hängt davon ab, wie BewohnerInnen und MitarbeiterInnen diese Beziehung jeweils gestalten. Was aber können BewohnerInnen ihren Vertrauenspersonen anvertrauen? Im Team sind wir uns einig darüber geworden, daß anvertraute Dinge, die alle anderen MitarbeiterInnen für eine sinnvolle Arbeit im Haus auch wissen müssen, weitergegeben werden. Beispielsweise wenn uns eine anvertraut, daß sie mal wieder zu Drogen gegriffen hat oder daß sie an Selbstmord denkt. Etwas Anvertrautes behalten die Vertrauenspersonen also nicht in jedem Fall für sich, und das wissen die BewohnerInnen. Dadurch aber schlägt der Begriff <Vertrauen> Leck. Von einzelnen BewohnerInnen darauf hingewiesen, haben wir uns im Team und auf Hausversammlungen wiederholte Male über das Verständnis dessen, was eine Vertrauensperson sein kann, ausgetauscht.

*«Ich betrachte dich nicht als krank»*

Ein weites Feld für Auseinandersetzungen wird eröffnet, wenn man psychische oder psychologische Krankheitsbegriffe ablehnt. Darüberhinaus möchte ich Verrücktheit auch nicht generell als Ausdruck von Leiden begreifen, schon allein um nicht diejenigen zu diskriminieren, deren Verrücktheit sich nicht so ohne weiteres durch in der Vergangenheit erlittene Gewalt verstehen läßt. Wir nehmen das, was die Menschen bewegt, ernst, egal in welcher Form sie sich äußern: ihre Sorgen, Wünsche, Ängste, die Verletzungen, Konflikte, Zweifel. Dabei kommt es zu vielen, oftmals produktiven Auseinandersetzungen.

Doch natürlich gibt es auch BewohnerInnen, die sich eingerichtet haben mit der Haltung «Ich bin krank». Die hartnäckige Entgegnung «Ich finde nicht, dass du krank bist» trifft häufig einen wunden Punkt, nämlich Verantwortung für sich übernehmen zu müssen. Verantwortung ist allerdings

ein großes Wort, ist damit doch gewöhnlich das Ideal einer bewußten Kontrollierbarkeit unserer selbst verknüpft. Verantwortung zielt darauf ab, ständige Selbstkontrolle vorzunehmen und Verhaltensmodifizierungen auszuüben. Zudem richtet sich Verantwortlichkeit an bürgerlichen Normen aus, was sich etwa darin zeigt, daß man denen die Eigenverantwortung abspricht, die beispielsweise Geld auf der Straße verschenken. Mir geht es hingegen darum, daß die eigenen Handlungen und Äußerungen reflektiert werden, daß die Umgangsweise mit sich und mit anderen überdacht wird, daß verrückte Phasen nicht als <similos> vom <eigentlichen> Leben abgespalten werden. Sich selbst in allen Ausdrucksweisen ernst nehmen und von anderen darin ernst genommen werden. Mir dieser Aufzählung plädiere ich nicht für ein hohes Maß an Reflektiertheit, sondern konkreter meine ich folgendes: Wenn mich eine beispielsweise aus für mich heiterem Himmel beschimpft, 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. Ein klärendes Gespräch bedeutet hier, einen ernstzunehmenden Konflikt zu sehen und die Äußerungen nicht als Krankheitssymptom abzutun. Andererseits gilt es zu vermeiden, sie auf ihre Attacke festzuschreiben. Das Gespräch soll kein Tribunal werden, sondern den Konflikt produktiv wenden.

Einen psychiatrieberoffenen Menschen nicht als psychisch krank anzusehen, heißt auch, ihr/ihm zuzutrauen, ihr/sein Leben (wieder) selbst in die Hand zu nehmen. In diesem Sinne versuchen die MitarbeiterInnen des Weglauffhauses, Bevormundung und Betreuung zu vermeiden. Wir fragen die BewohnerInnen, worin sie unterstützt werden wollen, was sie vorhaben. Manche wollen einfach erstmal nur zur Ruhe kommen, was okay ist, solange nicht das Auslaufen der Kostenübernahme zu konkreten Schritten drängt. Andere sind sich noch nicht darüber klar, was sie wollen, und unter Umständen kommt es erst nach langer Zeit und vielen Gesprächen zu einem Entschluß. Während des Aufenthalts im Weglauffhaus werden meistens sehr unterschiedliche Themen zur Sprache gebracht. Häufig geht es um die Situationen, die verrückt gemacht haben, um (sexuelle) Gewalttätigkeiten, die Behandlung in der Psychiatrie, in Sekten, in der Familie etc. Unsere Unterstützung beinhaltet u. a. konkrete Hilfe bei der Wohnungssuche, Beratung über die Rechte in der Psychiatrie sowie über Psychopharmaka, Vermittlung psychiatrischer AnwälteInnen, Selbsthilfegruppen usw.

Das Selbstbestimmungsrecht der BewohnerInnen wird ernst genommen, was im Zweifelsfall darauf hinauslaufen kann, sie selbstbestimmt zu Psychopharmaka und in die Psychiatrie zurückkehren zu lassen. Es kann bedeuten,

BewohnerInnen auf Wegen zu unterstützen, die ich an ihrer Stelle nicht gewählt hätte, z.B. wenn eine alleine wohnen möchte, der ich es noch nicht zutraue. Das heißt jedoch nicht, daß Bedenken nicht vorgebracht werden, aber Bewormundung oder Manipulation ist zu vermeiden.

Unterstützung kann des weiteren heißen, daß wir BewohnerInnen zu Ämtern begleiten, wenn sie es sich allein nicht zutrauen. Häufig fragen wir uns, ob die Begleitung der Selbständigkeit der BewohnerInnen nicht abträglich ist. Hier stellt sich die Frage nach dem Maßstab der Selbständigkeit: Liegt dieser tatsächlich ausgerechnet im Gang auf die in Berlin besonders schikanösen Sozialämter? Viele BewohnerInnen wünschen sich auch Begleitung, wenn sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln durch die Stadt fahren müssen: das Gedränge, die vielen Augen, die sie anstarren, die lauten Stimmen, die Enge. Die Möglichkeiten, sich durch MitarbeiterInnen oder PraktikantInnen begleiten zu lassen, sind allerdings begrenzt. Einige BewohnerInnen sind deshalb dazu übergegangen, sich gegenseitig zu begleiten.

### *Krisen und Gewalt – keine starren Regeln*

Das Weglauffhaus zeichnet sich besonders dadurch aus, daß das Absetzen von Psychopharmaka unterstützt wird. Die MitarbeiterInnen versuchen, über die schädigenden Auswirkungen und vernebelnden Effekte der Psychopharmaka zu informieren. Die BewohnerInnen können sich auch bei einigen MitarbeiterInnen über deren eigene Erfahrungen mit dem Absetzen erkundigen. Gegebenenfalls vermitteln wir ÄrztInnen, die das Absetzen unterstützen, was dann sinnvoll ist, wenn die Psychopharmaka langsam herunterdosiert werden sollen. Über das Absetzen gibt es jedoch kein standardisierbares Wissen. Man kann nur eine Vielzahl einzelner Erfahrungen zusammentragen und daraus ein paar wenige Tips ableiten.<sup>11</sup> Wir raten zwar im Zweifelsfall zum allmählichen, stufenweisen Absetzen, doch gibt es immer wieder BewohnerInnen, die von heute auf morgen nichts mehr nehmen und damit zurecht kommen. Wenn das Verrückterwerden mit Bedrägnissen in der aktuellen Lebenssituation zusammenhängt, ist es hilfreich, vor dem Absetzen eine Änderung der Lebensumstände herbeizuführen – und genau dies geschieht mit dem Einzug ins Weglauffhaus. Meine Erfahrung hat gezeigt, daß das Absetzen langfristig erfolgreich ist, wenn damit ein Prozeß einhergeht, einen anderen Umgang mit sich selbst und seinen Verücktheiten zu finden. Das scheint vor allem dann möglich, wenn man sich selbst – mit den eigenen verrückten Verhaltensweisen – gut kennt.

Ob während des Absetzens oder bereits ohne Psychopharmaka – wir unterstützen die BewohnerInnen darin, Krisen und vertickte Phasen ohne psychiarische Intervention durchzustehen. Allerdings können wir dies nur so weit, wie es unsere Kräfte erlauben, und dann sind zwei MitarbeiterInnen bei vollem Haus häufig nicht ausreichend. Etwa wenn einer über Tage nicht fünf Minuten aus den Augen gelassen werden kann, ohne daß er sich selbst verletzt oder etwas zu Bruch geht. Wir können es auch nur soweit, wie es die Nerven der anderen BewohnerInnen – das Haus ist eng – sowie die Rücksichten zulassen, die wir auf die empfindlichen Nachbarn nehmen müssen.

Wir tun dann nichts Besonderes. Nichts, was andere Menschen nicht auch könnten. Wir fragen: «Was ist los?» Wir hören zu, bleiben da, halten den Kontakt, versuchen herauszufinden, was wohl tut.

Ich lasse mir auch mal heftige Ausbrüche gefallen, insbesondere wenn ich den Eindruck habe, daß die Wut nicht wirklich meiner konkreten Person gilt und später eine Auseinandersetzung darüber folgt. Unser Umgang damit, wenn eine Tasse gegen die Wand fliegt oder jemand ungezielt um sich schlägt, orientiert sich nicht vorrangig an der Hausregel «keine Gewalt». Diese Regel ist absichtlich so unspezifisch gefaßt worden. Denn schließlich kommt es darauf an, in welcher besonderen Situation der/die BewohnerIn ist: Wird sie von zu vielen Seiten unter Druck gesetzt? Welches sind die Motive und Hintergründe: Hat sich eine Wut angestaut, die nicht zur Sprache gebracht werden konnte? Ist er in einem ganz anderen «Film»? Wie sieht ihre Stellung unter den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen aus: Hat sie in der Hausgemeinschaft eine AußenseiterInnenposition? Und schließlich: Ist abzusehen, daß es zu weiteren Aggressionen kommt? Die Regel zeigt in ihrer unpräzisen Formulierung vor allem, wie vielschichtig der Begriff «Gewalt» ist: Neben der körperlichen Gewalt ist darunter verbale Gewalt zu verstehen, z.B. Beleidigungen, aber auch andauernde Zurechtweisungen oder «jemanden in den Boden argumentieren». Als «Gewalt» begreife ich ebenso normative Zwänge, wie sie auch im Weglauffhaus vorkommen und teils unerlässlich für das Zusammenleben und das Funktionieren des Haushaltes sind. Ebenfalls dazu gehört subtile emotionale Gewalt, wenn beispielsweise eine unter Druck gesetzt wird mit der Formel «Wenn du mich liebst, dann machst du das für mich». Immer wieder kommt es daher im Weglauffhaus zu intensiven Auseinandersetzungen, wie mit solchen Vorfällen umzugehen ist. Es ist zwar anstrengend, jedesmal von neuem zu einer Einschätzung der Situation zu kommen, jedoch unerlässlich, wenn man sich nicht hinter starren Regeln verschanzen will.



Das Miteinander ist ein ständiges Feld von Auseinandersetzungen. Konflikte zu lösen, die die BewohnerInnen untereinander haben, kann nicht Aufgabe der MitarbeiterInnen sein, wohl aber, die Auseinandersetzung zu moderieren. Meistens geht es darum, der einen wie der anderen Seite Gehör zu verschaffen und so gegebenenfalls eine neue Perspektive zu entwickeln. Ich sehe es als eine meiner wichtigsten Aufgaben im Haus an, eine nicht nur vordergründig angenehme Atmosphäre zu schaffen, wozu Gemeinschaftsaktionen wie Spaziergänge oder Discobesuche und Gespräche mit mehreren BewohnerInnen im Wohnzimmer häufig beitragen.

Ich gehe davon aus, daß sich auch in der verrücktesten Rede reale Erfahrungen Ausdruck verschaffen. In der psychiatrischen Sichtweise hingegen hat sie allein symptomatischen Wert, ihre Form (Geschwindigkeit, Gedankenführung, Brüche, Wiederholungen usw.) verweist auf eine angeblich zugrundeliegende psychische Krankheit und auf den Krankheitsverlauf. Der Inhalt ist höchstens von nebensächlicher Bedeutung. In klassischen Therapien wiederum wird die Rede auf das Grundmotiv zurückgeführt, in dem die Therapeuten das eigentliche oder wahre Problem erblicken. Demgegenüber versuche ich, bei den Gesprächsgegenständen zu bleiben, die mir von den BewohnerInnen angeboten werden. Wenn diese mir nicht gleich zugänglich sind, so frage ich mich ein – das gelingt natürlich nicht immer. Jedenfalls versuche ich nicht, auf eine vermeintlich objektivere Ebene zu wechseln, um von dort aus das «eigentliche» Problem zu definieren. Und bringe ich doch einmal eine solche Analyse ins Gespräch, so mache ich deutlich, daß dies eine Interpretationsmöglichkeit ist, die ohne weiteres zurückgewiesen werden kann, wenn sie als unpassend oder überflüssig empfunden wird.

Andererseits sitze ich den BewohnerInnen als eine Person gegenüber, die ebenfalls Interessen und Bedürfnisse hat. Ich bin im Weglaufhaus nicht einfach als großes Ohr angestellt. Statt dessen bin ich als eine andere mit ihren subjektiven Erfahrungen gefragt. Meine Ansichten und Erfahrungen, mein Interesse an dem Thema, meine Gesprächsbereitschaft, aber auch mein Wunsch, das Thema zu wechseln, haben ebenso Berechtigung wie die der BewohnerInnen. Sicher, da ich arbeite, halte ich mich mit meinen Befindlichkeiten zurück. Meine Bereitschaft zuzuhören ist größer als im Privaten. Jedoch ist mir wichtig, daß ich im Weglaufhaus nicht von meiner subjektiven Haltung und meinem Zustand abstrahieren muß. In meiner Funktion als Mitarbeiterin durchkreuze ich die Unterhaltung allenfalls, sofern ich das Gefühl habe, daß das Gespräch dem/der BewohnerIn oder mir nicht mehr gut

tut. Wenn beispielsweise eine wie automatisiert über Mißbrauchssituationen spricht, die sie erleben mußte. Oder wenn sich einer im Gespräch immer weiter hinunterzieht. Und auch dann, wenn ich an einem Punkt meine, den Kontakt zur herrschenden Realität wiederherstellen zu müssen. Im großen und ganzen überlasse ich aber dem/der BewohnerIn die Gesprächsführung.

Während man erzählt, baut man sich Stück für Stück eine (Lebens-) Geschichte zusammen. Das verbindende Element dieser Erzählungen kann ein einheitliches und dauerhaftes Selbst sein – dieses entsteht im Prozeß des Erzählens. Solch ein roter Faden kann aber auch ganz oder teilweise fallengelassen werden. Sowohl von ErzählerIn als auch ZuhörerInnen ausgehend können Brüche und ungewöhnliche Problematiken eingeführt oder zugelassen werden. Den BewohnerInnen wie den MitarbeiterInnen ermöglichen die Gespräche mit Menschen, die sehr unterschiedliche Interessen haben, ihre Erzählungen um verschiedene Probleme herum entstehen zu lassen, sich selbst in verschiedene Richtungen zu entfalten. Im Team entstehen dadurch häufig recht unterschiedliche Sichtweisen von den BewohnerInnen, was zwar bei Entscheidungen manchmal beschwerlich ist, aber auch die Chance birgt, Einseitigkeit zu vermeiden.

#### *Sozialpolitik setzt Grenzen*

Mir ist sehr wichtig, daß es mit dem Weglaufhaus die Möglichkeit gibt, dem psychiatrischen Netz zu entkommen. Diese Möglichkeit ist allerdings begrenzt. Damit keine falschen Hoffnungen aufkommen, will ich auch auf einige Grenzen des Projekts hinweisen.

Das Projekt finanziert sich mehr schlecht als recht über einen Tagesatz, der für jede/n BewohnerIn jeweils einzeln beim Sozialamt beantragt werden muß. Das bedeutet (wie erwähnt), daß nur wohnungslose Menschen aufgenommen werden können – was allerdings bei vielen, die längere Zeit in der Psychiatrie waren, der Fall ist. Dem Projekt ist außerdem auferlegt worden, Menschen, die in der Psychiatrie zwangsuntergebracht sind und deren Unterbringung nicht vorzeitig aufgehoben werden kann, nicht aufzunehmen. Das Gleiche gilt, wenn eine Unterbringung in der Forensik<sup>12</sup> vorliegt. Ein Problem entsteht auch, wenn eine gesetzliche Betreuung mit Verfügung über den Aufenthaltsort besteht – in diesem Fall muß erst die Zustimmung der Betreuungsperson eingeholt werden. Wer auf ständigen Alkohol- und Drogenkonsum angewiesen ist, kann auch nicht aufgenommen werden. Und schließlich verweisen die MitarbeiterInnen all diejenigen, die nicht aus eigenem Entschluß Psychopharmaka absetzen wollen, auf andere Einrichtungen.

Es besteht eine zeitliche Begrenzung des Aufenthaltes im Weglaufhaus auf sechs Monate, Verlängerungen sind nur im Einzelfall möglich. Die Begrenzung ist notwendig, damit das Projekt nicht unter die Heimgesetzgebung fällt. Sechs Monate sind aber eine recht kurze Zeit, um nach oftmals jahrelanger Psychiatrie-Geschichte und Psychopharmaka-Einnahme wieder auf die Füße zu kommen.

Auch ist das Haus für dreizehn Menschen sehr eng, schon bei den durchschnittlich zehn BewohnerInnen ist es oftmals schwierig, in dem hellhörigen Haus einen wirklich ruhigen Platz zu finden, zumal fast alle Zimmer gereit werden müssen.

Schließlich ist es immer wieder ein Problem, daß es für BewohnerInnen, die nicht im Anschluß an das Weglaufhaus in die eigene Wohnung ziehen wollen oder können, kaum Wohnprojekte gibt, die im kritischen Fall nicht doch wieder auf psychiatrische Behandlung drängen.

Abschließen möchte ich mit dem, was für gewöhnlich zum Schluß als Bilanz vorgelegt werden soll: Erfolg. Den Erfolg unserer Arbeit könnte man strittisch erfassen – die Zahl derer, die von 1996 bis Ende 1997 vom Weglaufhaus in die eigenen vier Wände zogen, ist recht groß. Auch landeten einige ehemalige BewohnerInnen wieder in der Psychiatrie. Doch viel wichtiger für den Erfolg sind die Rückmeldungen der BewohnerInnen. Aus Gesprächen mit früheren BewohnerInnen wurde mir deutlich, in welcher Hinsicht der Aufenthalt im Weglaufhaus auch trotz erneuter Psychiatrie-Aufenthalte eine positive Erfahrung gewesen ist: Es ist die Erfahrung, zumindest vorübergehend von Menschen umgeben zu sein, die eine/einen nicht als krank oder gar chronisch krank ansehen und bevormunden.

Viele BewohnerInnen haben hart darum gekämpft, eine andere Wahrnehmung ihres Verhaltens gegen die psychiatrische Sichtweise durchzusetzen. Ärzten wird ein hohes Maß an Autorität zugesprochen. Ihr Urteil gilt als wahr, die von ihnen angeordnete Behandlung als nützlich und in der Regel unumgänglich. Im Verhältnis zu den Erfahrungen, die BewohnerInnen mit Psychiatrie, Familie, Arbeitgebern, aber auch FreundInnen machen mußten, ist das Weglaufhaus ein ungewöhnlicher Ort. Der Aufenthalt dort ist zwar im Vergleich zur Psychiatrie-Geschichte meistens eine kurze Phase. Aber es scheint von Bedeutung zu sein, einmal die Erfahrung gemacht zu haben, daß die herrschende Realität nicht unbeschränkt herrscht, daß es andere Sicht- und Umgangsweisen gibt.

Cornelia Filter

## Von der Männerstation ins <Frauen-Zimmer> Feministische Alternativprojekte am Rande der Sozialpsychiatrie

*Haus IV, Station C – gemischt belegt*

9 Uhr. Medikamentenausgabe im Dienstzimmer der geschlossenen Abteilung, Haus IV, Station C, <gemischt belegt> mit acht Männern und 14 Frauen. Frau M. (48) ist an der Reihe. Mit zitternden Händen nimmt sie die Tabletten in Empfang. «Na, wie geht's dir denn heute?» fragt der junge Pfleger in T-Shirt und Jeans. Wie alle anderen MitarbeiterInnen, inklusive des Stationsarztes, trägt er keinen weißen Kittel. Rein äußerlich kann man ihn nicht von den PatientInnen unterscheiden, die das Pflegepersonal <duzen dürfen> (bzw. müssen). «Ich habe Angst», flüstert Frau M. Angst? Wovor? «Vor dem Neuen», haucht sie.

Der <Neue>, ein junger Mann von 22, ist gegen 2 Uhr zwangseingewiesen worden. Er wehrt sich so heftig, daß der stämmige Nachtdienst-Pfleger, der ihn am Portal in Empfang nehmen sollte, einen Kollegen zu Hilfe rufen mußte. Zu zweit streckten sie den Rentenen in eine Zwangsjacke, schleppten ihn durch den Park zum Haus IV, legten ihn in ein Bett der Station C, fesselten ihn bzw. <fixierten> ihn, wie es auf psychiatriedeutsch heißt, und stellten ihn mit Haldol ruhig – der berüchtigten chemischen Keule. Doch jetzt randaliert er wieder, denn seine Schwester steht vor seinem Bett. Sie möchte ihrem Bruder helfen, aber: «Von der läßt er sich nichts sagen, weil sie eine Frau ist», erklärt der Pfleger im Dienstzimmer.

Frau M. verzieht sich in den Aufenthaltsraum, kuschelt sich in eine Sofaecke und preßt ein Kissen gegen ihre Brust – als ob es Schutz bieten könnte gegen Männergewalt. Mit leiser Stimme erzählt sie, daß sie von «niemandem gezwungen wurde, hierher zu kommen». Sie hat sich «frewillig» entschlossen, und ihr Mann hat sie gebracht. Er besucht sie jeden zweiten Tag, «so für-sorglich» ist er.

Aber seine Frau ist trotzdem so traurig, daß sie nicht mehr leben wollte. Nach dem Grund hat sie bisher niemand gefragt, obwohl sie schon drei Wochen hier ist. Frau M. empört sich nicht darüber. Mit dem fehlenden Interesse an ihrer Person hat sie sich offenbar schon lange abgefunden. «Das Leben hat Höhen und Tiefen. Man muß allein damit fertig werden», sagt sie und umklammert das Kissen noch fester.