

stitutionen würden

e gebunden und
n Dienste, aber
sziffern mit teil-
iden-Dienst ver-
tente Antworten
Behandlung und

Nicht die Frage
gen. Und last not
iatrieerfahrenen
ute kommt?

Das Berliner Weglaufhaus – ein anderer Ort? Über einige Grundlagen antipsychiatrischer Projektarbeit

Thilo von Trotha

Nach fünf Jahren hat das *Weglaufhaus* zu seiner eigenen Praxis gefunden. Es bleibt zwar politisch und finanziell ein – zumindest latent – bedrohtes Projekt. Doch hat es seine schwierige Startphase überstanden.¹ Und seine MitarbeiterInnen, der Trägerverein und nicht zuletzt seine etwa 250 bisherigen BewohnerInnen haben zwischen den verschachtelten Fronten der Gesundheits- und Sozialpolitik und ihrer Bürokratie, der psychiatrischen Anstalten, der psychosozialen Versorgungslandschaft und der Psychiatrie-Betroffenen-Bewegung einen eigenen Ort definieren und behaupten können. Doch war für die Verwirklichung dieses „anderen Orts“, als den sich das *Weglaufhaus* begreift, ein Preis zu zahlen.

Gemessen an den ursprünglichen Zielen für die Realisierung einer Alternative zu den bestehenden psychiatrischen Angeboten, mit denen der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt* zu Beginn der 90er Jahre aufgebrochen war, ist mit der *Villa Stöckle* im Norden Berlins nach zahlreichen, teilweise substantiellen Kompromissen mit den Sozialhilfeträgern, den Gesundheits- und Sozialpolitikern, der lokalen Gemeindeverwaltung und den finanziellen Beschränkungen etwas Anderes herausgekommen: Kein um die Erfahrungen der Betroffenenbewegung bereichertes Soteria-Projekt nach kalifornischem Vorbild, sondern eine Kriseneinrichtung der Wohnungslosenhilfe. Keine für alle Betroffenen leicht zugängliche Hilfe in direkter Konkurrenz zu stationärer psychiatrischer Behandlung, sondern ein Zufluchtsort nur für Menschen mit eng definierten sozialhilferechtlichen Ansprüchen. Kein Modellprojekt an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialpolitik mit einer finanziellen Ausstattung, an die der Maßstab der Kosten einer durchschnittlichen psychiatrischen Station angelegt würde, sondern ein Regelauftrag nach § 72 BSHG bewilligten Sozialhilfemaßnahmen, das sich an den Kosten für andere Wohnungsloseneinrichtungen messen lassen muß, und daher – in der volkswirtschaftlich absurden Logik der hermetisch getrennten Finanzierungstöpfe – kein vergleichsweise günstiges, sondern ein in den Augen der Kostenträger teures Projekt. Kein experimentierfreudiges und den etablierten wissenschaftlichen Diskurs in Frage stellendes Wiedererwachen der totgesagten Antipsychiatrie mit einer auserlesenen Schar privilegierter Verrückter, sondern nüch-

1 Erfahrungsberichte über die Vorgeschichte: Uta Wehde (1991). *Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene*. Berlin; und aus den ersten Praxisjahren: Kerstin Kempker (Hg.) (1998). *Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin; und Iris Hölling (1997). *Das Ziel: Vertrauen in die eigene Realität. Ein Jahr Weglaufhaus in Berlin – eine Erfahrungsbilanz*. In *Sozial Extra, Juli/August 1997*, S. 22 f.

terne, in Sachzwänge eingeklemmte Sozialarbeit mit zumeist jungen, armen, einsamen, unausgebildeten, entkräfteten und über viele Jahre hinweg enttäuschten Menschen, deren Verrücktheit häufig nicht ihr größtes Problem darstellt. Kein autonomes Miteinander in einer öffentlich geförderten Selbsthilfegruppe, sondern strukturierte Hilfe von Profis für Menschen in Krisen.

So scheint das *Weglaufhaus* vor allem in bezug auf die Ideale der antipsychiatrisch orientierten Betroffenenbewegung ein „anderer Ort“ geworden zu sein, und der Preis für seine Realisierung wäre die Preisgabe seiner Identität als Gegen-Institution. Die Differenz zu den unterschiedlichen Formen sozialpsychiatrisch betreuten Wohnens scheint marginal, die Integration in das sich immer weiter ausdifferenzierende psychosoziale Betreuungsangebot nahezu perfekt. So stellt es für viele Psychiater längst keine Provokation mehr dar, sondern eher ein in manchen Grenzfällen durchaus nützlich, etwas hysterisch überbetreutes Obdachlosenheim, nichts als eine weitere Masche im enger werdenden Netz, mit dem die Hilfsbedürftigen auf- und die nicht Integrierten eingefangen werden sollen.

So zutreffend diese ernüchternde Bilanz auch sein mag, wenn man das Projekt *Weglaufhaus* als in sich geschlossenes, homogenes Ganzes von außen in den Blick nimmt, so flach wirkt diese Diagnose, wenn man versucht, die Praxis dieses Hauses von innen her zu begreifen. Um zu entdecken, ob und auf welche Weise das *Weglaufhaus* die Qualitäten eines „anderen Ortes“ aufweist, muß man andere Fragen stellen.

Warum muß sich eigentlich das konkrete Projekt *Weglaufhaus* an Utopien messen lassen, die als Antipsychiatrie englischer und italienischer Prägung aus einer ganz anderen Zeit mit ganz anderen gesellschaftlichen Voraussetzungen stammen, oder an Idealen, die von Betroffeneninitiativen entwickelt wurden, die nie die Gelegenheit hatten, ihre Vorstellungen in der Praxis zu erproben? Ist es nicht angemessener, umgekehrt zu verfahren und jene Ideale am Beispiel des *Weglaufhauses* auf ihre Tauglichkeit zu überprüfen? Allein schon die Möglichkeit, diese Fragen sinnvoll zu stellen, deutet an, daß die Differenz von ursprünglichen Ansprüchen und heutiger Wirklichkeit nichts Substantielles über das tatsächliche Anders-Sein des *Weglaufhauses* aussagt. Die erforderlichen Kompromisse waren bitter, und die realisierbaren Spielräume wurden von allen Beteiligten als zu gering empfunden. Aber unter diesen restriktiven Voraussetzungen wurde das *Weglaufhaus* zu einem Bestandteil der existierenden psychosozialen Landschaft mit all ihren Unzulänglichkeiten und Defiziten. Wenn unter solchen Bedingungen etwas Anderes entstanden ist, dann ist es keine aufwendig gezüchtete Treibhausblüte, sondern ein neuer Ort für nachvollziehbare, entwicklungsfähige und zumindest partiell übertragbare Erfahrungen. Ein aus allen Zusammenhängen gerissenes und über seinen Ausnahmecharakter definiertes Modellprojekt hätte aufgrund seines Sonderstatus die bestehende Regelversorgung indirekt wohl nur bestätigt.

Psychiatrie und Antipsychiatrie

Bevor die Arbeit des *Weglaufhauses* differenzierter bestimmt werden kann, gilt es, einen theoretischen Horizont abzustecken, vor dem seine Praxis erst sinnvoll beurteilt werden kann. Zunächst verweist die Frage nach einer anderen Qualität des Ortes *Weg-*

laufhaus.
bewußte
rückthei
iatrie. s
Grundla
nach St
gendwie
Mod
trische
nicht m
senen g
rungen
bar wer
kleinen,
ren um
ren, pha
rapeutis
nicht nu
die Tats
sche Kr
Gesells
des psyc
einen al
der Betr
ausgelös
chernde
cher, fes
Produkt
von jede
konkrete
fältige V
trischen
trie, die
will, mu
zu Ideol
Die F
in zwei
Verrückt

- 2 So zu
attari
- 3 So gil
Betrol
Schutz
troffer

laufhaus in einer doppelten Weise auf die Kategorie des Anderen: Einerseits zielt die bewußte Abgrenzung von der Psychiatrie auf einen alternativen Umgang mit Verrücktheit und den in der Regel damit verbundenen Krisen, andererseits ist die Psychiatrie selbst ein Produkt der gesellschaftlichen Notwendigkeit, eine theoretische Grundlage und einen praktischen Handlungsrahmen für den Umgang mit den – je nach Standpunkt – psychologisch, genetisch, sozial, neurologisch oder politisch irgendwie Andersartigen zu entwickeln.

Moderne antipsychiatrische Positionen halten zwar wie die früheren die psychiatrische Antwort auf das Anderssein der Verrückten für falsch. Doch geben sie sich nicht mehr der Illusion hin, daß dieses besondere Andere überhaupt keiner angemessenen gesellschaftlichen Entgegnung bedürfe, sich im Kontext politischer Veränderungen von selbst aufheben oder gar als ganz eigene Form sozialer Kreativität fruchtbar werden könnte². Statt um die pauschale Abschaffung der Psychiatrie geht es einer kleinen, heterogenen, lose vernetzten antipsychiatrischen Szene seit ungefähr 15 Jahren um die Verwirklichung Betroffenen-kontrollierter³ Alternativen zu den stationären, pharmakologischen, juristischen, diagnostischen, sozialhilferechtlichen und therapeutischen Aspekten des psychiatrischen Diskurses. Sie reagiert auf diese Weise nicht nur auf die aktuellen Bedürfnisse vieler Betroffener, sondern darüber hinaus auf die Tatsache, daß die Psychiatrie mit ihrer Behauptung, es gebe so etwas wie psychische Krankheit, so tief in den grundlegenden Einstellungen und Strukturen unserer Gesellschaft verwurzelt ist, daß es ohne eine Reflexion der Ursachen und Wirkungen des psychiatrischen Diskurses nicht mehr möglich ist, realistisch und produktiv über einen alternativen Umgang mit Verrückten nachzudenken. Auch in den Biographien der Betroffenen verschmelzen ihre Erfahrungen von Verrücktheit mit den von ihnen ausgelösten psychiatrischen Reaktionen zu einer kompakten, kaum noch aufzufächernden Einheit. Jede einzelne Manifestation von Verrücktheit ist kein ursprünglicher, festen Gesetzmäßigkeiten folgender Ausbruch unmittelbarer Natur, sondern das Produkt eines vielschichtigen sozialen Interaktionsprozesses, und zwar unabhängig von jedem, wie stark auch immer veranschlagten Einfluß biologischer Faktoren. Jede konkrete Erscheinung verrückten Verhaltens und Erlebens ist immer schon auf vielfältige Weise psychiatrisch geprägt, selbst bevor sie das erste Mal mit einer psychiatrischen Maßnahme konfrontiert wird. Eine aufgeklärte, undogmatische Antipsychiatrie, die ihre Wirkung innerhalb des gegebenen gesellschaftlichen Rahmens entfalten will, muß diesen komplex vermittelten Verhältnissen Rechnung tragen, will sie nicht zu Ideologie gerinnen.

Die Frage nach dem Anderen des Ortes *Weglaufhaus* weist vor diesem Hintergrund in zwei unterschiedliche Richtungen: Wenn die Psychiatrie auf das Anderssein der Verrückten antwortet, bedeutet Antipsychiatrie entweder, negativ, eine Zurückwei-

2 So zum Beispiel (zumindest in den Augen vieler Rezipienten): Gilles Deleuze & Félix Guattari (1977). *Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie*. Frankfurt.

3 So gilt für das *Weglaufhaus*, daß mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen Psychiatrie-Betroffene sein müssen. Außerdem ist in der Satzung des Trägervereins – des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt g.e.V.* – ein Vetorecht der Mehrheit der Psychiatrie-Betroffenen Vereinsmitglieder festgeschrieben.

nen, einsa-
hten Men-
autonomes
rukturierte

chiatrisch
l der Preis
ution. Die
Wohnens
ende psy-
iter längst
aus nütz-
itere Ma-
nicht In-

is Projekt
len Blick
s Hauses
Weglauf-
stellen.
n messen
anz ande-
: an Idea-
it hatten,
kehrte zu
: zu über-
t an, daß
hts Sub-
erforder-
von allen
etzungen
n Land-
dingun-
hausblü-
dest par-
nd über
ndersta-

gilt es,
urteilt
es Weg-

sung dieser Antwort, oder, positiv, den Versuch, eine andere Antwort zu geben. Auch wenn sich in der konkreten Praxis diese beiden Konsequenzen unauflöslich durchdringen, bleibt eine Selbstreflexion antipsychiatrischen Handelns auf die Markierung dieser Differenz angewiesen. Denn beide Positionen halten sich bei der Ausbildung antipsychiatrischer Praxis gegenseitig in Schach: Während die erste auf die manifeste Unwahrheit der Psychiatrie zielt, trägt die zweite ihrer latenten Wahrheit im Kontext ihrer sozialen Funktionen Rechnung. Wenn die erste unvermittelt das Recht des Anderen einklagt, konfrontiert die zweite diesen Anspruch mit der Notwendigkeit, dem Eigenen ein unverbrüchliches, immer wieder neu zu legitimierendes Recht auf Abgrenzung zuzubilligen, damit das Fremde überhaupt erst begriffen und respektiert werden kann. Die erste garantiert, daß aus dem *Weglaufhaus* kein sozialpsychiatrisches Wohnheim, die zweite, daß nicht die Weltrevolution zur Bedingung seiner Möglichkeit wird.

Antipsychiatrie wäre also auch dann schon eine auf immer wieder neu auszuhandelnde Vermittlungen angewiesene Materie, wenn es eine eindeutige Antwort der Psychiatrie auf das Verrückte gäbe. Doch präsentiert sich die Psychiatrie zumindest an ihrer Oberfläche als breit aufgefächertes Bündel äußerst heterogener Haltungen und Maßnahmen. Deshalb muß eine theoretische Begründung antipsychiatrischer Praxis jeweils neu ausweisen, worin sie denn das Spezifische der Psychiatrie begreift, gegen das sie sich wendet – auch auf die Gefahr hin, Bekanntes zu wiederholen.

Der Doppelcharakter der Psychiatrie

Die Psychiatrie erfüllt einerseits eine soziale Ordnungsfunktion, indem sie im Rahmen rechtsstaatlicher Verfahrensregelungen einen spezifischen Ausschnitt des staatlichen Gewaltmonopols exekutiert. Außerdem nimmt sie als medizinische Disziplin Aufgaben der Therapie und der akademischen Forschung wahr.⁴ Im Gegensatz zu anderen medizinischen Fachgebieten beobachtet, untersucht, behandelt die Psychiatrie daher ihre Objekte immer aus zwei höchst unterschiedlichen Perspektiven gleichzeitig. Jede einzelne ihrer Interventionen muß im selben Moment zwei sich widersprechenden Ansprüchen genügen: Was hilft dem Verrückten am meisten? Was schadet der Gemeinschaft der Nicht-Verrückten am wenigsten? Wenn andere medizinische Disziplinen sich vorwerfen lassen müssen, sie fixierten, isolierten und reduzierten ihr Objekt zum zwar eindeutig beschriebenen, dafür jedoch toten Einzelding, muß sich die Psychiatrie fragen lassen, ob sie ihren Gegenstand überhaupt je zu Gesicht bekommt, da sie gezwungen ist, gleichzeitig aus zwei verschiedenen Richtungen auf ihn zu schauen. Die naturwissenschaftliche Medizin mag starren, die Psychiatrie jedoch schießt.

Der Einwand, zwar habe die Psychiatrie diese doppelte Aufgabe, doch ließen sich ihre einzelnen Maßnahmen je nach Zeit, Ort und Funktion voneinander trennen, ver-

⁴ Vgl. dazu Robert Castel (1980). Vom Widerspruch der Psychiatrie. In Franco Basaglia & Franca Basaglia-Ongaro, *Befriedungsverbrechen – Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen* (S. 81 ff). Frankfurt a.M.

kenn
same
lunge
sende
oder
der D
nach
rück
stituti
ordin
beide
stung
etabli
se bil
vielfä
weil
inner
einer
den b
auf se
Mode
zu tra
De
antike
Temp
Traur
nicht
sozial
all die
Gesch
die sp
gebni
Rück
schw:

5 Stu
blc
fle:
wu
Fra
zur
ges
Die
6 Eir
ste
unc

kennt, daß die Verschmelzung der beiden heterogenen Bereiche den kleinsten gemeinsamen Nenner aller im psychiatrischen Diskurs versammelten Theorien und Handlungen bildet. Das gilt für den Pförtner im Maßregelvollzug oder den zwangseinweisenden Amtsarzt genauso wie für den jungianisch fortgebildeten Stationspsychologen oder den Laboranten in der Pharmaindustrie. Historische Analysen⁵ weisen nach, daß der Doppelcharakter der Psychiatrie älter ist als sie selbst: Die beiden sozialen Fragen nach Fürsorge und Ausgrenzung, Therapie und Verwahrung, die die Existenz der Verrückten zu Beginn der Moderne auf ganz neue Weise aufwarfen, verlangten nach institutionellen und diskursiven Antworten, die den veränderten gesellschaftlichen Koordinaten um 1800 Rechnung trugen. Die Psychiatrie lieferte ein Konzept, in dem beide Fragekomplexe gleichzeitig aufgehoben werden konnten. Die innovative Leistung des psychiatrischen Diskurses, auf Grund derer er sich schnell auf breiter Linie etablieren konnte, bestand keineswegs in der Einführung neuer Therapieformen. Diese bildeten sich erst im Lauf des 19. Jahrhunderts in kontroversen Diskussionen und vielfältigen Experimenten nach und nach heraus. Die Psychiatrie setzte sich durch, weil sie die modernen Gesellschaften von einem zwar eindeutig benennbaren, doch innerhalb der neuen Ordnung unlöslichen Antagonismus⁶ befreite, indem sie ihn mit einer wissenschaftlich legitimierten Praxis überdeckte und scheinbar zum Verschwinden brachte. Es gelang ihr, einen allgemeinen sozialen Widerspruch, der permanent auf sensible Konfliktpotentiale im Verhältnis von Individuum und Gesellschaft in der Moderne verwies, in eine spezifische, sozial und politisch eingrenzende Ambivalenz zu transformieren.

Der gleichzeitig kultivierte Mythos, die Geschichte der Psychiatrie wurzele in der antiken Naturphilosophie und erreiche über die Umwege der Narrenthematik, der Temperamentenlehre, der Inquisition und der aufklärerischen Diskussionen von Traum und Irrtum in der neuen Disziplin ihre wissenschaftliche Vollendung, diene nicht nur ihrer Legitimation, sondern vor allem der Verschleierung ihrer aktuellen sozialen Funktionen: Wenn es die Psychiatrie eigentlich schon immer gab, dann waren all die Narren, Hexen, Besessenen, Tobsüchtigen und Träumer der abendländischen Geschichte nichts als verkannte psychisch Kranke. Vor diesem Hintergrund ließ sich die spezifische Ambivalenz des modernen Psychiatriediskurses nicht mehr als das Ergebnis einer historisch bestimmbar diskursiven Zurichtung entziffern. Doch was im Rücken des modernen Zugriffs auf die Phänomene der Verrücktheit im Dunkel verschwand, tauchte – verworfen, verschoben und verdichtet – nur um so plastischer an

5 Studien, die die Entstehung der Psychiatrie nicht aus dem verkürzenden Blickwinkel einer bloßen Medizingeschichtsschreibung analysieren und deren wissenschaftstheoretische Reflexionen auch nach 30 Jahren von der akademischen Psychiatrie längst noch nicht eingeholt wurden, finden sich zum Beispiel in: Michel Foucault (1969). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt; Michel Foucault (1979). *Der Wahnsinn, das abwesende Werk*. In ders., *Schriften zur Literatur* (S. 119 ff). Frankfurt u.a.; Klaus Dörner (1969). *Bürger und Irre – Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt; Robert Castel (1983). *Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt a.M.

6 Ein vergleichbarer Widerspruch hat sich im Gegensatz dazu im Strafvollzug bis heute als stets bewußt wahrgenommenes Spannungsverhältnis zwischen Strafe, Generalprävention und Resozialisierung erhalten.

anderer Stelle wieder auf: Ambivalenz war auf einmal eine Eigenschaft des Gegenstandes selbst, über den sich die neue Disziplin formiert hatte: Zweideutigkeit, Identitätsverlust, Selbstwiderspruch und diffuse Auflösung der individuellen Konturen wurden zu Symptomen der als Krankheit begriffenen Verrücktheit.

Antipsychiatrie beginnt deshalb in ihrer allgemeinsten Bestimmung damit, an die Janusköpfigkeit der Psychiatrie zu erinnern und ihre beiden miteinander verwachsenen Gesichter auseinanderzufalten. Jenseits des gesprengten psychiatrischen Horizonts, haben die Fragen nach der Legitimität der Ausübung von Zwang und Gewalt gegen Verrückte mit den Fragen nach ihrer angemessenen Unterstützung oder Behandlung nicht mehr das geringste miteinander zu tun.

Häufig wird Antipsychiatrie mit dem ersten Fragekomplex und den Forderungen nach Abschaffung der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen identifiziert, obwohl sich das eigentlich Antipsychiatrische in diesem Kontext allein gar nicht bestimmen läßt. Denn es handelt sich dabei lediglich um eine Spezifizierung des politischen Kampfes um Menschen- und Bürgerrechte, für den eine allgemeine soziale Dialektik gilt: Jede Kritik an dem auf Verrückte ausgeübten Zwang muß der Tatsache Rechnung tragen, daß es menschliche Gemeinschaft nur dann gibt, wenn die ultimative Verletzung ihrer konstitutiven Grundregeln sanktioniert werden kann. In anderen Zeiten und Regionen wurden die im Wortsinn Unerträglichen in den Dschungel geschickt, auf ein Schiff stromabwärts gesetzt, nach Australien verfrachtet oder in einem sozial exterritorialen Asyl interniert.

In der Moderne hat die Psychiatrie diese prinzipiell notwendige und legitime Aufgabe übernommen. Sie ist in *dieser* Funktion eine gesellschaftliche Institution für alle, die *nicht* ihre Insassen sind.

Von den moralischen und juristischen Leitvorstellungen für die bestehenden sozialen Ausschlußpraktiken unterscheiden sich antipsychiatrische Positionen daher nur quantitativ: Über die unscharfe und deshalb mißbräuchliche Bestimmung hinaus, daß unter den Bedingungen von „Fremd- und Selbstgefährdung“ Zwang gegen Verrückte ausgeübt werden dürfe, bestehen sie darauf, daß eine erhebliche und tatsächliche, und nicht bloß eine potentielle Gefährdung von Leib und Leben vorliegt, daß alle freiwillig herbeizuführenden Alternativen gescheitert sind und daß der gewaltsame Ausschluß aus der Gemeinschaft jederzeit reversibel ist. Die Kritik an der von der Psychiatrie in dieser spezifischen Ordnungsfunktion ausgeübten Gewalt zielt deshalb nicht auf die Tatsache, daß Gewalt angewandt wird, sondern darauf, daß ihre Exekution ausgerechnet an eine medizinische Spezialdisziplin delegiert wurde – mit gravierenden Folgen für den Charakter und die Wirkungen der daraus resultierenden Interventionen.

Im Gegensatz zu ihren nur graduell unterschiedenen Positionen auf dem Feld des ersten Fragekomplexes lehnen antipsychiatrische Konzepte für einen anderen Umgang mit Verrückten *diesseits* der Schwelle eines als eine Art gemeinschaftlicher Notwehr einzugrenzenden, gewaltsamen Ausschlusses die psychiatrische Theorie und Praxis prinzipiell ab. Auch nach 200 Jahren fehlt der Psychiatrie eine stringente wissenschaftstheoretische Grundlegung. Statt dessen versammeln sich widersprüchliche Versatzstücke aus verschiedenen medizinisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen, den Sozialwissenschaften und der Psychologie um die Postulate, daß es psychische

Krankheit
müssen. M
ifaktoriel
heterogen
psychiatri
chischer I
Subsystem
von neur
als deren
psychoph
rechtferti
gerade ei
unerwüns

Unget
psychiatr
Fragen b
Diagnose
psychiatr
tern ums
chen Ber
Ob sie fu
Evidenz
der Verri
und flexi
kurs nah
ziale Ori
zite, seir
macht au
weitgehe
fentliche
theoretis
zweite F
ist darüb
entlastet

7 oder, 1
8 Der U
Gehal
nen de
Hälfte
9 In den
heitsw
10 Der B
Psych
Psych
konnt

Krankheit⁷ gibt und daß deshalb ihre Symptome auch irgendwelche Ursachen haben müssen. Mehr steckt letztlich nicht hinter den unterschiedlichen Konzepten einer multifaktoriellen Verursachung psychischer Krankheit⁸. Das unvermittelte Nebeneinander heterogener Forschungsansätze führt dazu, daß elementare Fragen innerhalb des psychiatrischen Diskurses gar nicht mehr gestellt werden: Was ist das Substrat psychischer Krankheit, wenn es „Psyche“ als unterscheidbares biologisches oder soziales Subsystem in keiner einzigen Wissenschaft mehr gibt? Warum werden Veränderungen von neurologischen und biochemischen Prozessen in Zuständen verrückten Erlebens als deren Ursachen identifiziert, ohne die Möglichkeiten zu überprüfen, inwieweit sie psychophysisch vermittelte Wirkungen darstellen? Welcher medizinische Standard rechtfertigt die Vergabe von Neuroleptika, wenn sich – aus psychiatrischer Sicht – gerade einmal bei 30 % der Behandelten die erhofften Ergebnisse, jedoch bei 70 % unerwünschte oder gefährliche „Neben“-wirkungen einstellen?

Ungebremst von einer kohärenten theoretischen Reflexion, agiert die Praxis des psychiatrischen Diskurses nach dem Prinzip von *trial and error* zwischen für wichtige Fragen blinden Statistiken und explodierenden⁹, rein deskriptiv aneinandergereihten Diagnosen. Ob der Einsatz von Psychopharmaka – der mit Abstand wichtigsten psychiatrischen Therapie – mehr Nutzen als Schaden bringt, ist selbst unter Psychiatern umstritten. Dennoch breitet sich die Psychiatrie in immer neuen gesellschaftlichen Bereichen aus, gewinnt an Akzeptanz und wird klaglos und großzügig finanziert. Ob sie funktioniert, entscheidet sich offensichtlich weder an ihrer wissenschaftlichen Evidenz noch an ihren therapeutischen Erfolgen, sondern daran, ob sie das Problem der Verrücktheit für eine bestimmte Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit effizient und flexibel „lösen“ kann. Sein doppelter Charakter macht den psychiatrischen Diskurs nahezu unbegrenzt anpassungsfähig¹⁰ und immunisiert ihn gegen Kritik: Die soziale Ordnungsfunktion verdeckt seine therapeutischen und wissenschaftlichen Defizite, sein therapeutischer Anspruch verschleiern die Ausweitung seiner Ordnungsmacht auf immer größere Teile der Bevölkerung. Während sich die Psychiatrie selbst weitgehend über ihre therapeutische Funktion definiert und dieses Bild auch das öffentliche Bewußtsein von ihr prägt, scheint sie sich angesichts ihrer augenfälligen theoretischen und praktischen Fragwürdigkeit in Wirklichkeit weitgehend über ihre zweite Funktion als soziale Ordnungsinstanz durchzusetzen. Diese Diskrepanz selbst ist darüber hinaus ein wesentlicher Faktor für ihre reibungslose Durchsetzung: Nichts entlastet eine Gesellschaft wirksamer als die Umdeklarierung einer wie auch immer

7 oder, neuerdings, psychische Störung in einem medizinisch relevanten Sinn

8 Der Umstand, daß sich fast alle darauf geeinigt haben, täuscht darüber hinweg, daß der Gehalt psychiatrischer Theoriebildung und die inhaltliche Konfrontation mit den Phänomenen der Verrücktheit, die die großen psychopathologischen Debatten des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts prägten, auf diese Weise systematisch unterboten wird.

9 In den USA werden mittlerweile über 360 Diagnosen für psychische Störungen mit Krankheitswert verwendet.

10 Der Begriff Psychiatriereform ist eine verdeckte Tautologie, weil es in der Geschichte der Psychiatrie noch nie einen Moment gab, in dem sie nicht gerade reformiert wurde. Die Psychiatrie war gewissermaßen Reform, bevor sie überhaupt eigene Substanz entwickeln konnte.

gerechtfertigten sozialen Ausschlußsanktion im Interesse der Nicht-Verrückten zu einer therapeutischen Intervention zugunsten der Verrückten.

Verrücktheit versus Krankheit

Was passiert unter diesen Voraussetzungen in dem vermeintlichen Kernbereich des psychiatrischen Diskurses – den therapeutischen Interventionen – mit den von ihnen Erfassten? Zunächst gilt es, der genauso auffälligen wie von der Psychiatrie systematisch umgedeuteten Tatsache gerecht zu werden, daß sich im Gegensatz zu somatisch Kranken niemand, der zum ersten Mal Verrücktes wahrnimmt oder erlebt, selbst als krank begreift. Zwar realisieren die Betroffenen durchaus, daß irgend etwas nicht stimmt, daß die Welt an einem schwer zu lokalisierenden Punkt aus den Fugen geraten ist. Doch ist die Evidenz des Erlebten so unmittelbar, daß allein der Gedanke an eine dem Erfahrenen vollkommen ferne Ursache wie eine Krankheit einer Verhöhnung gleichkommt. Auch die Menschen aus dem persönlichen Umfeld begegnen keinem Kranken, sondern einem in seinem sozialen Verhalten auf unheimliche Weise Veränderten, einem irgendwie Verrückten.

Auf den zweiten Blick fällt auf, daß all diese Zustände von der tiefsten Niedergeschlagenheit bis zum exaltiertesten Aktionismus ein gemeinsames Charakteristikum teilen: die (partielle) Auflösung der für eine soziale Existenz konstitutiven Differenz zwischen subjektiver Wahrnehmung und intersubjektivem Konsens, zwischen dem eigenen Ich und der sozialen Welt¹¹. Am Anfang der Verrücktheit steht in dieser Perspektive logisch und psychogenetisch eine (Über-) Steigerung von Identität, das Verschwinden einer primordialen Spaltung. Vershoben und verzerrt, reproduziert sich dieses Gespaltensein erst in einem zweiten Schritt als Symptom im Sozialen: Der Verrückte wird den Anderen im selben Maß fremd, wie ihm die ganze Welt zur eigenen wird. Diese Aneignung des offenen, prekären und beweglichen Raums sozialer Interaktion durch das verrückte Erleben stellt vielleicht die unerträglichste Provokation für die Nichtverrückten dar, da mit dem Verschwinden der Möglichkeit zu differenzieren die Wirklichkeit ihrer Existenz in Frage steht. Es kann daher nicht verwundern, daß die gesellschaftliche Antwort auf eine so fundamentale Verunsicherung zu allen Zeiten schroff ausfiel. Gemeinsam ist all diesen Reaktionen die Absicht, die zunächst im Erleben des Verrückten ausgelöschte, dann als sozialer Konflikt aufbrechende Spaltung am Ort ihrer Manifestation zu reorganisieren und auf diese Weise die provozierte Ordnung zu retten. Die von der Verrücktheit negierte Differenz, die am Ursprung alles Gemeinsamen steht, erzwingt die Abspaltung des Verrückten von der intersubjektiv vermittelten Einheit des Sozialen.

Das ist heute nicht anders, auch wenn sich das Feld der Auseinandersetzung von der sozialen Ebene physischer Ein- und Ausschlüsse in die individuellen Körper und

11 Freuds Konzept der regressiven Triebentmischung analysiert einen strukturell vergleichbaren Prozeß, wenn auch auf einem ganz anderen psychologischen Feld. (vgl. Sigmund Freud (1975). *Jenseits des Lustprinzips*. In *Studienausgabe* (S. 213 ff). Frankfurt, und ebd., *Das Ich und das Es*, S. 273 ff)

Seelen
szenier
fender
einsich

Neu
das bis
Ebene
jektive
ben. Di
somati:
heitsbi
tiv, nic
schen I
nau wi
ließen,
psychi:
Grauzc
Wirkur
Folgen
tersche
einsich
kurs au
Forsch
dige B

Wie
weit ül
zu rote
hältnis
immer
ptomel
Wenn c
heit un
nem Fi

12 Unv
gebe
bale
(198
Rehl

13 Die
offen
pliar

14 So g
iatri
lenb
ses 1

Seelen der Verrückten verlagert hat. Die moderne Psychiatrie bedient sich zur Reinszenierung der Spaltung innerhalb des verrückten Individuums zweier ineinandergreifender Techniken: der Vergabe von Neuroleptika und der Herstellung von Krankheitseinsicht.

Neuroleptika erzeugen – und zwar keineswegs als unerwünschte Nebenwirkung – das bis dahin fehlende Gefühl, somatisch krank zu sein, indem sie auf einer basalen Ebene der körperlichen Selbstwahrnehmung einen chemischen Keil zwischen die subjektiven Erlebnisweisen und die ihnen entsprechenden neurologischen Prozessen treiben. Dieses Krankheitsempfinden stimmt in einem zweiten Schritt dann auch mit dem somatischen Befund überein, insofern Neuroleptika tatsächlich neurologische Krankheitsbilder auslösen¹². Aus dieser Perspektive wirken Neuroleptika genau und effektiv, nicht obwohl, sondern weil sie einen völlig unspezifischen, globalen neurologischen Eingriff darstellen. Selbst wenn es sie geben könnte, verfehlten daher punktgenau wirkende Mittel¹³, die ausschließlich die „psychotische“ Symptomatik abklingen ließen, diese besondere, krankheitverursachende Funktion und brächten damit den psychiatrischen Diskurs in erhebliche Legitimationsschwierigkeiten. Denn die diffuse Grauzone, in der es Betroffenen wie Psychiatern so schwer fällt, sinnvoll zwischen Wirkung und Nebenwirkung, zwischen ursprünglicher „Erkrankung“ und iatrogenen Folgen, zwischen verrückter Fremdheit und chemisch erzeugter Entfremdung zu unterscheiden, erzeugt erst die Angriffsfläche für die Implementierung von Krankheitseinsicht. Das Unfertige, Schillernde und Zweideutige, das den psychiatrischen Diskurs auf allen Ebenen charakterisiert, ist daher kein vorläufiger, nach und nach durch Forschung und verbesserte Therapien zu behebender Mangel, sondern eine notwendige Bedingung für die optimale Erfüllung seiner sozialen Funktionen¹⁴.

Wie Neuroleptika auf einer körperlichen, so generiert Krankheitseinsicht auf einer weit über das bloß Psychische hinausweisenden Ebene Spaltung: Ein Mensch kann zu roten Punkten auf seiner Haut oder einer von Krebs zerfressenen Lunge ein Verhältnis entwickeln, weil es unabhängig von der Schwere einer somatischen Krankheit immer eine Differenz gibt zwischen der Persönlichkeit des Kranken und den Symptomen, unter denen er leidet. Diese Differenz fällt für den „psychisch Kranken“ weg. Wenn der Ort, von dem aus ein Mensch „ich“ sagt, krank ist, verschmilzt die Krankheit ununterscheidbar mit seinen verschiedenen sozialen Rollen genauso wie mit seinem Fühlen, Denken, Träumen und Fürchten. Der krankheitseinsichtige „psychisch

12 Unverstellt konstatieren Dörner und Plog: „Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnganisch kranken Menschen, bei der Elektro-Krampf-Therapie nur globaler, dafür aber kürzer als bei der Pharmakotherapie.“ Klaus Dörner und Ursula Plog (1980). *Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (S. 377). Rehbun-Loccum.

13 Die neuen atypischen Neuroleptika reduzieren daher auch einzig die für alle Beteiligten offenkundig störenden Nebenwirkungen als Haupthindernisse für eine dauerhafte Compliance.

14 So gesehen, ist der alte Streit zwischen biologisch orientierter Psychiatrie und Sozialpsychiatrie nur ein Scheingefecht, das diesen strukturellen Ambivalenzen in immer neuen Wellenbewegungen den Schein einer theoretischen Selbstreflexion des psychiatrischen Diskurses verleiht – feindliche Zwillingbrüder, die aufeinander angewiesen bleiben.

Kranke“ kann nicht mehr wissen, ob er selbst Angst hat, hofft, erschöpft ist, sich verfolgt fühlt oder ob seine Krankheit diese Effekte als Symptome hervorbringt. Er wird unablässig ein gespaltenes Verhältnis zu sich selbst unterhalten und zwischen zwei sich ausschließenden Mustern der Selbstwahrnehmung hin und her springen müssen, weil er gleichzeitig nach beiden nicht leben kann. Es ist kaum zu ermessen, wieviel psychische und soziale Energie, Interesse, Empathie- und Beziehungsfähigkeit im schwarzen Loch dieser psychiatrisch herbeigeführten Aufspaltung verschwinden. Die scheinbare emotionale Verflachung und soziale Reduktion von „psychisch Kranken“ – von Psychiatern achselzuckend als „Syndrom der gebrochenen inneren Feder“ zum Bestandteil der „Krankheit“ umgemünzt – läßt sich vor diesem Hintergrund als durchaus einfühlbarer Selbstschutz begreifen.

Diese künstliche Spaltung bleibt bei fast allen Betroffenen auch dann bestehen, wenn die Phase verrückten Erlebens längst abgeklungen ist, bei manchen lebenslang, mitunter durch tardive Dyskinesien im Körperbild pittoresk gespiegelt, bei anderen weniger drastisch, doch immer noch als unausgesprochene Infragestellung ihrer gesamten Persönlichkeit: Denn noch spekulativer als der Begriff Psyche ist der Versuch, psychische Gesundheit zu definieren. Das führt im Zusammenspiel mit dem im psychiatrischen Diskurs ubiquitär verwendbaren Konzept der Latenz dazu, daß ein „psychisch Kranker“ eigentlich überhaupt nie mehr „gesund“ werden kann. Krankheits-einsichtig von den sichtbaren Äußerungen und von den Inhalten seiner verrückten Erlebnisse systematisch isoliert, muß er die ohnehin von jedem kontinuierlich zu leistende Vermittlung in die soziale Welt nicht nur für ein Ich meistern, sondern für zwei voneinander abgeschottete, äußerst fragile Behelfskonstruktionen: ein geschwächtes, übersensibilisiertes, zumindest insgeheim krankes Ich und die sich in ihren Manifestationen als genau dieses Ich verkleidende, in ihrer Essenz aber ganz und gar ich-fremde psychische Krankheit. Was Psychiater Betroffenen und auch ihren Angehörigen als scheinbar alltägliche, vernünftige und pragmatische Bedingung für eine – jederzeit reversible – Rückkehr in die Gemeinschaft verkaufen, erweist sich als letztlich unerfüllbare Forderung nach einem weitgehend öffentlich kontrollierten sozialen Drahtseilakt, der nur um den Preis erneuter Psychiatrisierung vorübergehend ausgesetzt werden kann.

Grundzüge der Praxis im Weglaufhaus

Im *Weglaufhaus* wird vor dem gerade umrissenen¹⁵ Hintergrund der psychiatrische Krankheitsbegriff in all seinen Variationen¹⁶ – und damit der Kern des psychiatrischen

15 Mehr als ein thetischer und kursorischer Umriss antipsychiatrischer Theoriebildung hätte diesen Rahmen gesprengt, eine hinreichend systematische Erörterung bleibt ein Desiderat, das die institutionellen Möglichkeiten des *Weglaufhauses* und seiner MitarbeiterInnen übersteigt.

16 Sei es als rein deskriptiv bestimmte Störung, als neurologisch-biologische Fehlfunktion, als sozialpsychiatrisch gefaßtes Defizitmodell, als Vulnerabilitätskonzept oder als multifaktoriell bedingtes Krankheitssyndrom.

Diskurse:
nehmung
tung zur
tionen hi
des *Wegl*
den, daß
und kom
werden.
Gemeins
tanwendi
markieru
chosozia
revidiert
tionen, d
erforder

Die E
bleiben
sondern
sprengt:
zialen W
sind, bil
Psychiat
schen A
an der I
sche ant
zu stärk
Evidenz
sie der s
wie den
pathie t
persönli
möglich
bei. De
Anerke
tion für
tig emp
tes, aus
ge zum
sterilisi

17 Vgl.
heit.

18 Es g
in d
Sofa

st, sich ver-
gt. Er wird
schen zwei
en müssen,
en, wieviel
higkeit im
inden. Die
Kranken“
eder“ zum
als durch-

bestehen,
benslang,
si anderen
; ihrer ge-
; Versuch,
im psych-
ein „psy-
ankheits-
errückten
ch zu lei-
t für zwei
wächttes,
Manife-
gar ich-
ngehöri-
ine – je-
letztlich
sozialen
d ausge-

atrische
trischen

ng hätte
siderat,
en über-

tion, als
ltifakto-

Diskurses – als Grundlage für die Unterstützung von Menschen mit verrückten Wahrnehmungen und Erlebnisweisen abgelehnt. Doch reicht diese antipsychiatrische Haltung zur Begründung seiner Praxis nicht aus. Erst wenn man zwei weitere Eckpositionen hinzufügt, läßt sich der Rahmen abstecken, in dem sich die konkrete Arbeit des *Weglaufhauses* entfaltet. Die zweite Position versucht der Einsicht gerecht zu werden, daß Menschen in verrückten Krisen auch dann einen Anspruch auf angemessene und kompetente Hilfen haben, wenn sie nicht als fremdbestimmte Kranke begriffen werden. Und die dritte folgt aus der Anerkennung des Rechts jeder menschlichen Gemeinschaft, sich gegen sie elementar gefährdende Übergriffe auch unter Gewaltanwendung zu schützen. Innerhalb dieses Bermuda-Dreiecks unverrückbarer Grenzmarkierungen verflüchtigen sich alle weitergehenden inhaltlichen Richtlinien, psychosozialen Konzepte oder persönlichen Überzeugungen zu hypothetischen, jederzeit revidierbaren Instrumenten für die Auseinandersetzung mit immer neuen Konstellationen, die bei aller Vergleichbarkeit in einzelnen Aspekten eine individuelle Antwort erfordern.

Die BewohnerInnen des *Weglaufhauses*, die Verrücktes wahrnehmen und erleben, bleiben für ihre Handlungen und Äußerungen selbst verantwortlich, nicht obwohl, sondern weil ihr aktuelles Verrücktsein den Horizont der gemeinsam erfahrenen Welt sprengt: Die Erfahrung, daß das eigene Verhalten Konsequenzen zeitigt, daß die sozialen Wechselwirkungen von Aktion und Reaktion nicht einfach außer Kraft gesetzt sind, bildet die wichtigste Brücke zu einer teilbaren und mitteilbaren „Außen“-Welt. Psychiatrischer Krankheitsbegriff und verrücktes Erleben verbindet in einem spezifischen Aspekt eine unheilige Allianz: Beide arbeiten aus unterschiedlichen Richtungen an der Irrealisierung der Welt als intersubjektiv vermitteltem Realen. Eine pragmatische antipsychiatrische Haltung versucht den Wirklichkeitsgehalt des Zwischenraums zu stärken, der sich zwischen den scheinbar unvermittelbaren Erfahrungen und der Evidenz des Erlebten und der Fremdheit des nicht mehr Miterlebten auftut, indem sie der subjektiven Wahrheit des Verrückten genau soviel Recht einzuräumen versucht wie den unaussetzbaren Anforderungen des sozialen Miteinanders. So sehr auch Empathie und die Bereitschaft, verrücktes Erleben inhaltlich zu begleiten, im direkten persönlichen Umgang mit den Betroffenen Entspannung und Weiterentwicklung ermöglichen, so wenig tragen sie zu dieser ebenso zentralen Vermittlung ins Soziale bei. Denn nach dem Bruch mit der gemeinsamen Welt garantiert allein die bewußte Anerkennung der fundamentalen Fremdheit der verrückten Erfahrung¹⁷, daß die Option für eine vorsichtig erneuerte Gemeinsamkeit offen bleibt. Deshalb ist ein aufrichtig empörtes „Du spinnst doch!“ im Zweifel konstruktiver als ein freundlich-tolerantes, aus fragwürdigen Voraussetzungen abgeleitetes „Verständnis“, das alles Anstößige zum Symptom neutralisiert und den Verrückten auf diese Weise in einem sozial sterilisierten Raum im Erlebnis seiner Fremdheit endgültig isoliert und fixiert¹⁸.

17 Vgl. dazu: Kerstin Kempker (1991). *Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie*. Berlin.

18 Es gibt offenbar eine Korrespondenz zwischen inneren Haltungen und äußeren Maßnahmen in der Psychiatrie: Isolierung und Fixierung sind nicht nur im übertragenen Sinn gängige Sofortmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen.

Das *Weglaufhaus* ist kein therapeutischer Ort. Nicht weil ihm ein Konzept für die Therapie von Verrücktheit noch fehlte, sondern weil nur der Verzicht auf ein solches Konzept die Wahr-Nehmung dieser besonderen Fremdheit garantieren und die Option auf eine gemeinsame soziale Realität offen halten kann. Als „therapeutisch“ lassen sich solche Tätigkeiten definieren, die nicht zweckgebunden, zielgerichtet oder einfach aus Lust um ihrer selbst willen verrichtet werden, sondern dem Ziel untergeordnet sind, irgend etwas Anderes, das sich nicht unmittelbar aus der Tätigkeit selbst ergibt, zu entwickeln, vorzubereiten oder zu kontrollieren. Die therapeutische Hinterwelt dieser Aktivitäten depotenziert jedoch ihren Wirklichkeitsgehalt, mitunter bis zur Farce, und verschärft daher die sozialen Abspaltungs- und Entfremdungsprozesse, anstatt ihnen entgegenzuwirken. Nur durch ein Minimum essentieller Grundregeln gebündelt, konfrontiert dagegen das *Weglaufhaus* seine BewohnerInnen mit der ungeschliffenen Alltagsrealität einer großen, bunt zusammengewürfelten Wohngemeinschaft. Die BewohnerInnen waschen und kochen nicht, um ihre Alltagskompetenzen zu trainieren, sondern weil ihre Kleidung stinkt und sie Hunger haben. Sie verschlafen einen ganzen Tag, wenn es nichts Dringendes zu tun gibt. Wenn sie sich streiten, haben sie ein Problem, für das sie eine Lösung finden müssen, um weiter zusammenleben zu können. Wenn sie essen, rauchen, ins Kino gehen oder einfach nur im *Weglaufhaus* bleiben wollen, müssen sie sich selbst mit den Forderungen der Sozialämter herumschlagen, auch wenn sie dabei praktisch unterstützt und begleitet werden. All das sind unhintergehbare Bedingungen für ihre Existenz im *Weglaufhaus*, mit denen sie unabhängig von ihrer individuellen Situation, dem Grad ihrer Krise oder den Inhalten ihrer Verrücktheit konfrontiert werden – notwendige Reibungsflächen im Verhältnis zu einem Außen, das letztlich als einzige Instanz Innenwelten daran hindern kann, die Welt restlos zu überfluten.

Wenigstens der Ausschnitt der undurchsichtigen Papierwelt, der im *Weglaufhaus* anfällt, ist allen BewohnerInnen transparent, und ein vermeintlich übermächtiges bürokratisches Schicksal zerfällt in die überschaubaren, fehlbaren und widerspruchsfähigen Einzelakte, aus denen sich noch die dickste Akte zusammensetzt. Auch zum psychiatrischen Diskurs müssen die BewohnerInnen des *Weglaufhauses* früher oder später Stellung beziehen. In diesem komplexen Prozeß werden sie jedoch nicht anti-psychiatrisch missioniert, sondern durch Information, persönlichen Erfahrungsaustausch und Ermutigung überhaupt erst in die Lage versetzt, eine eigene Haltung zu entwickeln. Der Nimbus des Psychiaters als eines für alle Lebensbereiche kompetenten Seelenmanagers zerbröckelt in der pragmatischen Abwägung von Vor- und Nachteilen einer bestimmten Dienstleistung, deren Anbieter wie Zahnärzte oder Schuster frei ausgesucht und jederzeit auch wieder von ihrem Auftrag entbunden werden können. Dasselbe gilt für psychiatrische Psychopharmaka: Die undifferenzierte Blockade der emotionalen und intellektuellen Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit durch die Einnahme gefährlicher Nervengifte¹⁹ kann im Vergleich zur Unerträglichkeit und Destruktivität mancher Verrücktheitszustände das kleinere Übel sein. Doch kann diese Entscheidung jeder nur für sich selbst treffen.

19 Vgl. dazu Peter Lehman (1996). *Schöne neue Psychiatrie*. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken. Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Berlin.

Neben der I
zicht auf thera
teristikum der
sierung, zur A
zogenen Hand
ne kollektive V
eingeschränkte
die Heterogeni
Team-Mitglied
detaillierten, h
Lösungsstrateg
alle anderen B

Statistische
stellte Erkennt
psychiatrie. F
hauses steht at
gung, nicht nu
BewohnerInne
ihren Anteil an
auch gar nicht
aus dem Zusa
bestimmten Ze

Die Antwort
„anderen Ort“
Behauptung ve
Andersheit gel
der bewegliche
tätigkeit erkennt
selbst heraus k
wieder zu ern
und dem psych
fizierten und s
chenden Ander
seines Erschei
sicher wenig i
genden Macht
reichend für ei
zialen Umgang
Moderne von I
Forscherteams
sicher etwas ni
nutzen konnter

20 Dabei spielt e
Psychiatrie-E

Neben der Beschränkung auf einen Minimalkonsens an Grundregeln und dem Verzicht auf therapeutische und tagesstrukturierende Vorgaben gibt es ein drittes Charakteristikum der *Weglaufhaus*-Arbeit, das der Tendenz jeder Institution zur Rationalisierung, zur Ausbildung von Routinen und zur Entwicklung von rein institutionsbezogenen Handlungsmustern entgegenwirkt: die Zusammensetzung des Teams und seine kollektive Verantwortungs- und Führungsstruktur. Zusammen mit dem Prinzip uneingeschränkter Gleichberechtigung bei der Abstimmung strittiger Fragen erzwingen die Heterogenität der fachlichen Ausbildungen und der persönlichen Erfahrungen der Team-Mitglieder und die Irrelevanz von Qualifikationen²⁰ bei Entscheidungen einen detaillierten, häufig kontroversen und zeitaufwendigen Prozeß der Aushandlung von Lösungsstrategien für die Arbeit mit den *Weglaufhaus*-BewohnerInnen, aber auch für alle anderen Belange des Projekts.

Statistische oder evaluative Standardverfahren verfehlten das zur Diskussion gestellte Erkenntnisinteresse ebenso wie pathetisch-affirmative Bekenntnisse zur Antipsychiatrie. Für die Darstellung der antipsychiatrisch motivierten Praxis des *Weglaufhauses* steht auch das Instrument der Schilderung von Fallbeispielen nicht zur Verfügung, nicht nur weil damit die Notwendigkeit dementiert würde, gemeinsam mit den BewohnerInnen jeweils maßgeschneiderte Strategien zu entwickeln, deren Spezifität ihren Anteil an Verallgemeinerbarem bei weitem übersteigt. Es wäre darüber hinaus auch gar nicht möglich zu bestimmen, was denn da von wem im einzelnen als „Fall“ aus dem Zusammenspiel aller Interaktionen und Konstellationen, die sich in einem bestimmten Zeitabschnitt im *Weglaufhaus* ereignen, herauszuschneiden wäre.

Die Antwort auf die Ausgangsfrage nach der Qualität des *Weglaufhauses* als einem „anderen Ort“ muß daher wohl in der Schwebelage bleiben, wenn sie nicht zur bloßen Behauptung verkommen soll. Doch mag dieses Schwebende selbst als Merkmal jener Andersheit gelten, deren Konturen sich nicht positiv fixieren lassen, sondern nur in der beweglichen Figur einer in sich differenzierten und als Prozeß begriffenen Negativität erkennbar werden: Eine antipsychiatrische Grundhaltung generiert aus sich selbst heraus kein praktisches Konzept. Doch ermöglicht sie auf der Basis einer immer wieder zu erneuernden Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von Verrücktheit und dem psychiatrischen Diskurs die kontinuierliche Weiterentwicklung eines qualifizierten und strukturierten *Nicht-Wissens*, das von dem in der Verrücktheit aufbrechenden Anderen nicht Besitz ergreift, sondern versucht, die konkreten Möglichkeiten seines Erscheinens in einer bestimmten sozialen Umgebung zu verbessern. Das ist sicher wenig im Vergleich zu der produktiven, unablässig neue Positivitäten erzeugenden Macht des psychiatrischen Diskurses. Es ist wahrscheinlich auch nicht ausreichend für einen neuen Versuch, die sensible Frage nach einem angemessenen sozialen Umgang mit den Phänomenen der Verrücktheit zu beantworten, auf die die Moderne von Pinel über Freud bis zu den neurologischen und molekularbiologischen Forscherteams unserer Tage keine überzeugende Antwort geben konnte. Aber es ist sicher etwas nicht nur für die Menschen, die das Angebot des *Weglaufhauses* für sich nutzen könnten, sondern auch für all die, die sich von seiner Existenz ermutigen las-

²⁰ Dabei spielt es keine Rolle, ob die Qualifikation aus einem Psychologie-Diplom, der eigenen Psychiatrie-Betroffenheit oder einer Kombination aus beidem besteht.

sen, ihre Suche nach Alternativen zur psychiatrischen Antwort auf das verrückte Erleben nicht aufzugeben.

Literatur

- Castel, Robert (1983). *Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt/M.
- Castel, Robert (1980). Vom Widerspruch der Psychiatrie. In: F. Basaglia & F. Basaglia-Ongaro, *Befriedungsverbrechen – Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen* (S. 81ff). Frankfurt/M.
- Dörner, Klaus & Plog, Ursula (1980). *Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (S. 377). Rehburg-Loccum.
- Dörner, Klaus (1969). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt/M.
- Foucault, Michel (1969). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt/M.
- Foucault, Michel (1979). Der Wahnsinn, das abwesende Werk. In ders., *Schriften zur Literatur* (S. 119 ff). Frankfurt/M. u.a.,
- Freud, Sigmund (1975). Jenseits des Lustprinzips. In S. Freud, *Studienausgabe* (S. 213 ff). Frankfurt/M.
- Freud, Sigmund (1975). Das Ich und das Es. In S. Freud, *Studienausgabe* (S. 273 ff). Frankfurt/M.
- Deleuze, Gilles & Guattari, Félix (1977). *Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie*. Frankfurt/M.
- Hölling, Iris (1997). Das Ziel: Vertrauen in die eigene Realität. Ein Jahr Weglaufhaus in Berlin – eine Erfahrungsbilanz. *Sozial Extra, Juli/August 1997*, S. 22 f.
- Kempker, Kerstin (Hg.) (1998). *Flucht in die Wirklichkeit*. Berlin.
- Kempker, Kerstin (1991). *Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie*. Berlin.
- Lehman, Peter (1996). *Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken. Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern*. Berlin.
- Wehde, Uta (1991) *Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene*. Berlin.

Einleit

Obwohl
haus „Vi
Wohnen
Krisensit
durchaus
Das V
Unterstüt
steht. Es
balanter
dem Vers

Zur Ge

Seit es die
Werten un
wegung in
Das Wegl
damaliger
Anfang
Jahre inte
Ärzt scha
dem Berli
bracht. Di
rischen W
Größe: Wi
iatriebetro
Projekt
in Kaliforn
Nachweise
tipsychiatr
geweitet. I
als tragfäh
derungen c
lebendige l

Sozialpsychiatrie

Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven

herausgegeben von

Martin Wollschläger



Tübingen
2001

Anschrift des Herausgebers:
Dr. Martin Wollschläger
Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und Neurologie
Hermann-Simon-Str. 7
33334 Gütersloh

Med 816/114



Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der
Deutschen Bibliothek erhältlich

© 2001 dgvt-Verlag
Hechinger Str. 203
72072 Tübingen
E-Mail: dgvt-Verlag@dgvt.de

Einbandgestaltung: Martin Wollschläger, Münster, unter Verwendung des Bildes von
Giorgio de Chirico, „Das Rätsel des Schicksals“ (1914)
© VG Bild-Kunst, Bonn 2001

Porträtfoto: Manfred Schoon, Münster
Satz: VMR Monika Rohde, Leipzig
Druck: Druckerei Deile GmbH, Tübingen
Bindung: G. Lachenmaier GmbH & Co. KG, Reutlingen

ISBN 3-87159-038-X

I. Vorwort

Vorwort
Martin. Weiß

II. Einleitung

Einleitung
Niels Pörksen

Außenseiter
einer Literatur
Theodor Weiß

III. Neuer

Deutsche Ein
Dirk Blasius

„1968“ als p
Franz-Werne

IV. Rechts

Rechtsverhältn
Dirk Fabricius

V. Allgem

Sozialpsychia
Eine unvollk
Helmut F. Spé

VI. Orte ps

Die Welt im F
Theodor Weiß

Inhaltsverzeichnis

I. Vorwort

Vorwort	13
<i>Martin. Wollschläger</i>	

II. Einleitung

Einleitung	19
<i>Niels Pörksen & Ralf Seidel</i>	

Außenseiter – eine Kategorie der Verdrängung. Zur sozialen Funktion einer Literatur, die sich als gesellschaftliche Einrichtung versteht	21
<i>Theodor Weßenborn</i>	

III. Neuere und Zeitschichte der Psychiatrie

Deutsche Erinnerung – Wegstrecken der Psychiatriegeschichte	29
<i>Dirk Blasius</i>	

„1968“ als psychiatriegeschichtliche Zäsur	43
<i>Franz-Werner Kersting</i>	

IV. Rechtsverhältnisse in der Psychiatrie

Rechtsverhältnisse in der Psychiatrie	59
<i>Dirk Fabricius & Jens Dallmeyer</i>	

V. Allgemeine Bestandsaufnahme und kritische Reflexion

Sozialpsychiatrie: Erfahrungen und Hoffnungen Eine unvollkommene Bestandsaufnahme	97
<i>Helmut F. Späte</i>	

VI. Orte psychiatrischen Handelns

Die Welt im Haigerloh	117
<i>Theodor Weßenborn</i>	

Die Westfälische Klinik Gütersloh: Vom psychiatrischen Großkrankenhaus zur gemeindepsychiatrischen Klinik. Ein Entwicklungsbericht über eine Reforminstitution	121
<i>Martin Wollschläger</i>	
Auflösung des Landeskrankenhauses Merzig und Öffnung aller psychiatrischen Stationen: Die Sicht eines Psychologen	135
<i>Lothar R. Schmidt</i>	
Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Vom psychiatrischen Zentrum zur Abteilungs- und Sektorversorgung	155
<i>Martin Bührig</i>	
Wenig bekannt und doch eklatant: Die Veränderungen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Berlin-Reinickendorf	161
<i>Bettina Bergtholdt & Bernd-Michael Becker</i>	
Stationäre Vollversorgung in der Gemeindepsychiatrie – natürlich am Allgemeinkrankenhaus und mit offenen Türen!	171
<i>Wolfram Voigtländer</i>	
Inversion des Sozialen? Vom Taumel des Fortschritts im Maßregelvollzug	193
<i>Ulrich Kobbé</i>	
Sozialpsychiatrie in der Volksrepublik China am Beispiel der Stadt Wuhan	217
<i>Xiaochun Sheng</i>	

VII. Psychiatrische Therapeutik

Psychopharmaka – fragwürdige Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. Denkanstöße insbesondere für Nichtärztinnen	225
<i>Marc Rufer</i>	
Psychopharmakotherapie – warum?	269
<i>Ingrid Börner</i>	
Blinde Flecken in der psychiatrischen Wahrnehmung	273
<i>Peter Lehmann</i>	
Betr.: Sachverständigen-Anhörung zum Psychotherapeutengesetz 24.09.97	291
<i>Klaus Dörner</i>	
Das Psychotherapeuten-Gesetz (PsychThG) Die Fakten und einige Einschätzungen	297
<i>Steffen Fliegel</i>	

121	„Der steinige Weg zur Psychologischen Psychotherapeutin“ – ein persönlicher Erfahrungsbericht	307
	<i>Angela Liebetanz</i>	
135	Das psychiatrische Jahr als Ausbildungsabschnitt auf dem Weg zur „Psychologischen Psychotherapeutin“ – ein Erfahrungsbericht –	312
	<i>Kerstin Retzlaff</i>	
155	Curriculumentwurf für das psychiatrische Jahr für die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA) in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (WKPPPN) in Gütersloh	314
	<i>Angela Liebetanz & Kerstin Retzlaff</i>	
161	Akademie Psychiatrie und Psychotherapie	317
	<i>Martin Wollschläger</i>	
171	Verbindung von Psychiatrie und Psychotherapie	319
	<i>Ursula Plog</i>	
193	Psychotherapie in der Sozialpsychiatrie	327
	<i>Matthias Hermer</i>	
217	Thesen zur Psychosen-Psychotherapie	363
	<i>Iris Jiko</i>	
269	Differenzierung als Dilemma	367
	<i>Katja Grootte</i>	
273	Systeming – Was hat die Steuerung komplexer, vernetzter Systeme mit psychiatrischer Pflege zu tun?	371
	<i>Bruno Hemkendreis</i>	
291	Arbeit und Therapie in der Arbeitstherapie	393
	<i>Anna Emmanouelidou</i>	
297	VIII. Alternativen und Komplementäres	
	Entstehung und Geschichte der Pinel-Gesellschaft	447
	<i>Hans-Otto Böckheler</i>	
	Das Berliner Weglaufhaus – ein anderer Ort? Über einige Grundlagen antipsychiatrischer Projektarbeit	467
	<i>Thilo von Trotha</i>	
	Fünf Jahre Weglaufhaus Berlin	481
	<i>Stefan Bräunling</i>	
	Soteria im Überblick	491
	<i>Martin Wollschläger</i>	

Die Anwendung von therapeutischen Prinzipien der Soteria
in der gemeindepsychiatrischen Versorgung 497
Loren R. Mosher

Soteriakonzeption in der stationären Pflichtversorgung der Abteilung
Klin. Psychiatrie II der Westfälischen Klinik Gütersloh
– Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen 505
Theiss Urbahn

Soteriaelemente in der psychiatrischen Pflichtversorgung
Möglichkeiten der Gewaltvermeidung 521
Friedhelm Eickmann & Iris Jiko

IX. Der Dialog aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen

Die Psychiatrie auf dem Weg vom Objekt zum Subjekt 533
Wolfgang Voelzke

Mit der nächsten Psychiatriereform wird alles anders 551
Peter Lehmann

Hoffnung und Apokalypse! oder Hoffnung und Vision 563
Brigitte Theisen

Für eine humane Psychiatrie – Einbezug von Angehörigen psychisch Kranker
Mitbestimmung und Qualitätssicherung durch Angehörige 593
Gudrun Schliebener

Mauer im Kopf 599
Hannelore Klafki

Psychiatrie aus der Sicht einer Patientin 605
N.N.

Für eine humane Psychiatrie! – Mitbestimmung und Qualitätssicherung
durch Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen
psychisch Kranker 613
Ruth Fricke

Eine Kollegin wird wieder gesund 617
Margret Osterfeld

X. Forst

Sozialpsy
Eine Best
Annas Fu

Sozialpsy
Wissensch
Ralf Seide

Forschung
Erfahrung
Gemeinde
Niels Pöri

Zur Semic
Stephan D

Umweg v
Renate Sci

Qualitäts
Walter Sp

XI. Ausl

Psychiatri
Erich Wulj

Welche Zu
Hoffnunge
Luc Ciomp

Literatu

Verzeich

Registe

197

X. Forschung und Qualitätsicherung

Sozialpsychiatrie zwischen Medizin und Sozialwissenschaften
 Eine Bestandsaufnahme 625
Armus Finzen

105

Sozialpsychiatrie als Zwischenwelt
 Wissenschaft zwischen Neuroworlds, Gemein- und Eigensinn 637
Ralf Seidel

121

Forschung, die dem Menschen dient
 Erfahrungen nach einem langen beruflichen Leben in der Sozial- und
 Gemeindepsychiatrie 641
Niels Pörksen

Zur Semiotik sozialer Milieus und ihre Rekonstruktion als Handlungswelt . . . 643
Stephan Debus & Thomas Floeth

133

Umweg vor Zielgenauigkeit – Effektivitätsdogmen hinterfragen 707
Renate Schernus

151

Qualitätsmanagement in der Psychiatrie 731
Walter Spöhring & Dirk Richter

163

XI. Ausblick

193

Psychiatrie an der Wende zum dritten Jahrtausend 749
Erich Wulff

199

Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie?
 Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder 755
Luc Ciompi

105

Literaturverzeichnis 769

113

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 729

117

Register 739