Sibylle Prins

»Gut, dass wir mal darüber sprechen!«

Sibylle Prins,
Jahrgang 1959, ehemals Sonderschullehrerin, kaufmännische Umschulung, nun schon seit langem als Verwaltungsangestellte tätig mit inzwischen nachgeholter Qualifikation für den gehobenen Verwaltungsdienst, nebenbei noch aktive Psychiatrie-Erfahrene.
Diverse Beiträge in Fachbüchern und -zeitschriften. Die vorliegenden »Wortmeldungen« sind ihre erste eigene Buchveröffentlichung.

Kontaktadresse: Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld
Postfach 10 29 62; 33529 Bielefeld
Homepage: http://home.t-online.de/home/vpe-bielefeld
e-Mail: vpe-bielefeld@t-online.de

Sibylle Prins

»Gut, dass wir mal darüber sprechen!«

Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen

Paranus verlag

Für Grudi,
die Entfesselungskünstlerin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme:
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei
Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

© 2001 Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH
Postfach 12 64, 24502 Neumünster,
Telefon (0 43 21) 2004 - 500, Telefax (0 43 21) 2004 - 411
www.paranus.de

Lektorat: Hartwig Hansen, Hamburg
Herstellung: Petra Krück, Hamburg
Umschlaggestaltung: drei·satz, die Brücke Neumünster gGmbH
unter Verwendung eines Bildes von Alexander Kurfürst, Aulendorf
Wir danken für die freundliche Abdruckgenehmigung.
Druck und Bindung: Offset-Druck, die Brücke Neumünster gGmbH

ISBN 3-926200-49-9

Ein größenwahnsinniges Huhn hatte den Entschluss gefasst, eine Abhandlung zu schreiben. »Worüber?«, fragten seine Mithühner. »Über alles«, antwortete das größenwahnsinnige Huhn. Seine Mithühner zeigten sich skeptisch und gaben ihm zu bedenken, alles sei vielleicht doch ein bisschen viel. Das größenwahnsinnige Huhn korrigierte daraufhin sein Vorhaben und sagte, es würde eine Abhandlung über fast alles schreiben.

Luigi Malerba

Inhalt

9 Zu Beginn: ein Anliegen

Im Großen und Ganzen gesehen

14 Vom Verrücktsein

25 »Seelische Gesundheit« und »Recht auf Krankheit«

39 Von künstlichen Welten und der Welt da draußen

Wovon es mehr geben dürfte

49 Geschichte, ein Leben lang
Biografisches und »ressourcenorientiertes« Vorgehen

60 Psychiatrie-PatientInnen sind personenorientiert
Die Rolle persönlicher Beziehungen

70 Am Anfang war das Wort
Gedanken zur Sprache in der Psychiatrie

82 Alle Zeit der Welt
Zeitökonomie aus Patientensicht

Woran es noch fehlt

89 Sie müssen »nein« sagen lernen!
Pädagogik und Psychologie in der Psychiatrie

104 Ohne Moos nix los
Geld und Psychiatrie-Erfahrung

113 Ein Platz für die Arbeit
Zur Berufs- und Arbeitssituation Psychiatrie-Erfahrener

123 Frauen, Männer, MigrantInnen
Zielgruppenorientierung

131 Sonst noch was?
Rückmeldungsscheu, Chaos und der Mangel an Information

143 Die Wissenschaft hat festgestellt …
Forschung einmal anders

Die ewigen Knackpunkte

151 Zu Risiken und Nebenwirkungen
Psychopharmaka

162 Bis zur bitteren Neige
Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

172 Immer dieser Zirkus
Zu viel und zu wenig psychiatrisches Handeln

Und außerhalb des Protokolls

185 Hilf dir selbst, sonst helf' ich dir!
Selbsthilfe und Trialog

193 Zum Schluss: eine Frage

197 Danke

Zu Beginn: ein Anliegen

Noch ein Buch über die Psychiatrie. Dazu noch von einer Psychiatrie-Erfahrenen. Muss das sein? Man kennt das doch schon alles. Dachte ich auch erst. Bis mir auffiel, dass das Selbstverständliche (oder das, was selbstverständlich sein sollte) von psychiatrischer Seite als großartige Neuentdeckung herausgestellt und publiziert wird. Der so genannte »personenzentrierte Ansatz«. Biografisches Vorgehen. Sachliche Information an Patient/inn/en weitergeben. Überhaupt Rückmeldung von Patient/inn/en erst mal zuzulassen. Empowerment. Gesundheitsförderung statt einseitiger und womöglich noch gewaltsamer Symptombekämpfung. Ich kann zwar schöne Schlagwörter nennen, aber ich bin gar keine Fachfrau. Nur eine der vielen Patient/inn/en und Klient/inn/en der Psychiatrie. Mit vielen, z.T. sehr engen und langjährigen Kontakten zu anderen Psychiatrie-Erfahrenen. Vielleicht ist es doch interessant zu lesen, wie ich das erlebe. Vielleicht für andere Psychiatrie-Erfahrene. Vielleicht für diejenigen, die sich die Arbeit in der Psychiatrie zum Beruf gemacht haben. Oder für die organisierten Angehörigen. Möglicherweise sogar für den einen oder anderen, der oder die gar nicht so direkt mit der Materie zu tun hat.

Vorweg: Ich bin *kein* Opfer der Psychiatrie. Wenn Sie mit dieser Hoffnung oder Befürchtung zu diesem Buch ge-

griffen haben, werden Sie jetzt entweder enttäuscht oder erleichtert sein. Seien Sie nicht zu schnell erleichtert, denn es gibt sie wirklich, die Opfer der Psychiatrie. Und zwar nicht nur einer vorsintflutlichen, längst vergangenen und womöglich grasüberwachsenen psychiatrischen Versorgung, sondern es gibt Menschen, die zum Opfer einer durchaus »modernen«, fortschrittlichen und – ja auch – sozialpsychiatrischen Behandlung geworden sind. Deren Leben nicht in erster Linie durch ihre psychischen Probleme, sondern durch das, was man ihnen als »Hilfe« angedeihen ließ (oder unterlassen hat), erst richtig zerstört wurde. Für etliche von uns ist bis heute die Kur schlimmer als das Leiden, das kuriert werden sollte. Aber ich sagte, ich bin kein Opfer der Psychiatrie. Wenn ich denn ein Opfer sein soll, eher eines der durch die psychische Erkrankung und die Psychiatrie-Aufenthalte in Gang gesetzten sozialen Mechanismen. Ich habe, neben mancherlei psychiatrischem Unfug und Kränkung auch durchaus eine solche Psychiatrie erlebt, wie ich sie mir gewünscht und vorgestellt habe, die mir gut bekommen ist. Manchmal sogar ganz vorzügliche Psychiatrie. Gerade deshalb ist mir das andere um so schlimmer. Um die bisher Enttäuschten wieder etwas aufzumuntern und die vorschnell Erleichterten, die sich gerade zufrieden im Sessel zurücklehnen wollten, wieder auf den Teppich zurückzuholen, sei rasch ein Gewicht in die andere Schale der Waage geworfen: ich bin auch kein Erfolg der Psychiatrie. Dass ich trotz mehrerer heftiger schizophrener Psychosen und anschließend ausgeprägter und langer depressiver Phasen zu einem doch ziemlich guten Leben und Befinden zurückgefunden habe, ist in meinen Augen nur in eher geringem Maße das Verdienst der psychiatrischen Behandlung. Da waren noch ganz andere Faktoren am Werk.

Dies Buch ist kein Erfahrungsbericht im eigentlichen Sinne. Sie werden meine Kindheit und so manches andere darin nicht finden, auch nicht ordentlich aufgezählt alle Stationen meiner psychiatrischen Behandlung. Ein richtiges Sachbuch über die Psychiatrie ist es auch nicht – allein schon deshalb nicht, weil ich weder Zeit noch Lust, noch die Möglichkeit habe, erst 50 Meter psychiatrischer Fachliteratur durchzulesen, so Leid mir das tut. Was ich noch sehr viel mehr bedauere, ist, dass ich hierzu die Literatur, die von uns Psychiatrie-Erfahrenen vorliegt, ebenfalls nicht auswerten kann. Weswegen? Aus Zeitgründen. Wohl ist es eine erfahrungsbezogene Auseinandersetzung mit der Psychiatrie, ein Blick aus meinem Alltag, aus meiner Psychiatrie-Erfahrung heraus auf psychiatrisches Handeln, professionelle Thesen und psychiatrische Diskussion. Ich will über die Lücken in der psychiatrischen Behandlung schreiben, über das, was mir – und auch anderen – gefehlt hat, was nach meiner Meinung zu zaghaft vorangetrieben wird oder gar nicht vorkommt, was ich als widersinnig empfinde oder empfunden habe, was unbedingt anders sein müsste oder vielleicht doch anders sein könnte.

Was Sie nicht finden werden: die Meinung »aller« Psychiatrie-Erfahrenen oder eine offizielle Verlautbarung eines Betroffenenverbandes. So gut es geht, versuche ich, auch die Erfahrungen anderer Psychiatrie-Erfahrener zu berücksichtigen, manches Beispiel betrifft mich persönlich nicht, sondern ich habe es vielleicht bei einer/einem anderen Psychiatrie-Erfahrenen miterlebt. Es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die die Psychiatrie positiver sehen als ich, und solche, die sie negativer betrachten. Gerade weil ich aus einer persönlichen Erfahrung heraus schreibe, ist es mir eben nicht möglich, für alle Psychiatrie-Erfahrenen, die vielleicht eine

ganz andere Geschichte, eine ganz andere Einstellung und ganz andere Erfahrungen haben, mitzuschreiben. Sie werden darüber noch mehr bei mir lesen. Ich weiß aber, dass es durchaus Psychiatrie-Erfahrene gibt, die meine Meinung teilweise oder ganz teilen.

Kurz noch zur Schreibweise: aus eigenem und natürlichem Interesse habe ich mich um eine geschlechtergerechte Sprache bemüht. Da ergaben sich aber diverse grammatikalische und Rechtschreibprobleme – ich experimentierte mit Binnen-I und Schrägstrichen, wollte ständige Doppelungen wie etwa »Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter« vermeiden. Formulierungen wie »Mitgliederinnen« oder »Aschenbecherinnen« sind sowieso nicht mein Fall. Schließlich ist es überwiegend bei der Schrägstrichlösung geblieben. Wo diese nicht passt, bleibt es bei der rein männlichen Form. Leider. Manchmal auch bei der rein weiblichen Form. Zum Glück. Und ich hoffe weiterhin auf eine mehrjährige, ausschließlich weibliche Besetzung des Duden-Teams, damit dieses Problem auch einmal eine stilistisch und orthographisch befriedigende Lösung findet.

Sie haben schon gelesen, dass ich über »die« Psychiatrie schreibe. Dies ist eine grobe Verallgemeinerung. »Die« Psychiatrie habe ich natürlich ebensowenig vorgefunden wie es »die« psychisch Kranken oder Psychiatrie-Erfahrenen gibt. Psychiatrische Kliniken, Stationen, ambulante Einrichtungen unterscheiden sich durchaus. Die Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten, sind ganz verschieden, sogar das, was sie über psychische Erkrankung denken, und wie sie handeln, kann geradezu konträr sein. Was soll ich tun? Um ein Geschehen, und sei es ein soziales, beurteilen und kritisieren zu können, muss ich es auf eine benennbare For-

mel bringen. Zudem gibt es Phänomene in der psychiatrischen Arbeit, die ich als durchgängig wahrnehme. Deshalb greife ich zu dieser inhaltlich möglicherweise nicht ganz korrekten, sprachlich aber zulässigen Konstruktion. Ich erzähle von dem, was mir an der Psychiatrie aufgefallen ist – aus einer ziemlich alltäglichen Sichtweise heraus. Nicht mehr und nicht weniger.

Ich höre öfter von Seiten der Psychiatrie, man habe ein Interesse daran, mit uns ins Gespräch zu kommen oder im Gespräch zu bleiben. Manchmal höre ich auch den Satz: »Gut, dass wir mal darüber gesprochen haben«. Als Psychiatrie-Erfahrene denke ich dann natürlich: »Und? Was wird jetzt daraus?« Aber ich möchte diese Floskel gerne ernst nehmen. Also: Sprechen wir darüber!

»Witze über Irre,
von ihnen selbst erzählt,
haben beunruhigend nüchterne Pointen.«

Stanislaw Jerzy Lec

Vom Verrücktsein

Das Wort »verrückt« ist ein schillernder Begriff. Dem einen ist es etwas Positives, eine Art Gütesiegel: es steht für Originalität, Unkonventionalität, Kreativität. Dem anderen ist es etwas Gefährliches, Verabscheutes, steht im Widerspruch zum Dasein. Menschen haben oft Angst vor dem Verrücktsein, vor der Möglichkeit, verrückt werden zu können. Obwohl ich selbst meinen Psychosen noch viel Gutes abgewinnen kann und den Krankheitsbegriff nur zum Teil und dann meist aus pragmatischen Gründen bejahe: auch ich erlebe es als tiefe Infragestellung. Wenn die Psyche, also Gefühl und Bewusstsein erkranken, wird damit der Teil von mir beeinträchtigt, über den ich mich überwiegend definiere. Psychische Kräfte werden gebraucht, um die Welt und das persönliche Leben zu gestalten, um die Probleme und Krisen, mit denen wir es zu tun bekommen, zu bewältigen – zum Beispiel auch, um Krankheiten überstehen zu können. Menschen grenzen sich so von den Tieren ab, um nicht zu sagen, dass sie sich auf diese besonderen Fähigkeiten etwas einbilden. Die noch immer starke Stigmatisierung psychischer Erkrankungen oder, was letztendlich auf dasselbe hinausläuft, eine übertriebene, voyeuristische Faszination dafür, hat etwas mit dieser Infragestellung zu tun. Besonders Nichtbetroffene haben das Gefühl, damit würden Grundlagen des Menschseins berührt oder geschädigt. Psychisch Kranken wurde und wird z.T. heute

noch die menschliche Ebenbürtigkeit abgesprochen. Dabei sollte es doch genau umgekehrt sein: gerade weil wir diesen besonderen Gefühlshaushalt und diese besondere Psyche haben, ist es völlig logisch, dass auch diese aus dem Gleichgewicht geraten können. Anlässe dafür gibt es zur Genüge.

Auch ich kenne Arten von Verrücktheit, die ich nicht besonders mag, weil sie nach meinem Empfinden zu Leid und Unglück führen. Nach meinen Psychosen setzte bei mir z.T. eine Art »Normalitätswahn« ein, in dem ich allem aus dem Weg zu gehen versuchte, was nur irgendwie nach »Verrücktheit« aussah. Das war natürlich der falsche Weg, und ich lief damit auch sehr schnell, fast sofort, vor die Wand. Ich habe nämlich tatsächlich verrückte Ideen und tief sitzende, irrationale Bedürfnisse. Wenn ich diese nicht zu ihrem Recht kommen lasse, bleibt von mir auch nichts mehr übrig. Meine verrückten Ideen sind manchmal meine besten, an denen nicht nur ich, sondern auch andere Menschen ihre Freude haben. Und was ist nicht alles verrückt: Humor ist oft verrückt. Kunst und Literatur haben viel Verrücktes. Technische Neuerungen beruhen oft auf verrückten Ideen. Was ist eigentlich mit spirituellen oder religiösen Bedürfnissen und Aussagen? Liebe ist oft hochverrückt, im positiven wie im negativen Sinne. Verrückt ist, dass manche Dinge entgegen allen rationalen Erklärungen gut funktionieren. Manche Situationen erfordern einfach die verrückte Lösung. Was wären wir ohne das Verrückte! Obwohl – gäbe es dann vielleicht keine Kriege mehr? Es ist schon angeklungen: die Verrücktheit, mit denen man/frau in psychiatrische Behandlung gerät, ist nur ein ganz kleiner Teil dessen, was man mit Recht in dieser Welt als verrückt oder wahnsinnig bezeichnen kann. Die wirklich grotesken und gemeingefährlichen Verrücktheiten sehe ich zum größ-

ten Teil ganz woanders angesiedelt als bei uns Psychiatrie-Erfahrenen. Wir haben halt das Pech, dass unsere Verrücktheit individualisierbar ist, von der Gesellschaft abgelehnt wird und in medizinisch-psychiatrische Kategorien eingepasst wird. Wir (oder unser Umfeld) leiden durchaus unter unserer Verrücktheit, und es macht schon Sinn, dort Hilfe zu leisten.

Vielleicht stößt sich jemand daran, dass ich Erlebnisse während psychischer Ausnahmezustände in einen Zusammenhang mit anderen Begebenheiten setze, die ebenfalls ungewöhnlich sind oder die man zumindest auffällig oder seltsam finden kann. Dies hat seinen Grund nicht nur darin, dass es hierbei fließende Übergänge oder manche sehr offensichtlichen Parallelen gibt. Es hat auch etwas mit meiner eigenen Geschichte zu tun. Von Anfang an war ich sehr daran interessiert, Näheres über die psychotischen Inhalte zu erfahren. Die starke und auch tiefe Symbolik, die ich erfuhr, wollte ich kennen lernen und in mein Leben integrieren. Ich suchte mir unterschiedliche Wege dazu: professionell-psychiatrisch angeleitete Gruppen, in denen die psychotischen Inhalte zum Thema gemacht wurden (Solche Gruppen sind leider immer noch viel zu selten. Selten ist auch der Umstand, sich darin wirklich freimütig äußern zu können, und nicht wieder irgendwelche Deutungen aufgedrängt zu bekommen. Schnell noch ein Seitenhieb auf jene Professionellen, die dieses vollständig, nicht nur im Einzelfall, ablehnen: diese Vorgehensweise hat immerhin jenen »therapeutischen« Vorteil, dass man/frau sich mit der eigenen Situation und dem Geschehen auseinandersetzt und versucht, einen Zugang dazu zu finden. Was besser ist, als überhaupt nicht darüber nachzudenken oder reden zu können!). Zudem nahm ich an einer Traumgruppe teil, be-

schäftigte mich mit tiefenpsychologischen Erklärungsmustern und Symbolen, auch esoterische Annäherungen schloss ich nicht aus. Dieses war wohl lehrreich und faszinierend, und manche Psychiatrie-Erfahrenen finden hierbei für sich eine befriedigende Lösung. Bei mir war das leider nicht der Fall. Nicht nur, dass die Deutungen letztlich unbefriedigend und unaufgelöst blieben, ich hatte weitere Psychosen mit wieder denselben Inhalten. Schließlich glaubte ich, mit einer eher allgemein psychotherapeutischen Herangehensweise nach der Art »Welche ungelebten Anteile meiner Person kommen in der Psychose zum Ausdruck?« mehr Erfolg zu haben. Aber auch da war das Ergebnis einigermaßen spärlich. Fruchtbar wurde es erst, als ich begann, mich mit den Strukturen psychotischen Denkens zu befassen. Was ist eigentlich eine so genannte »Beziehungsidee«? Ich stellte fest, dass »Etwas auf sich beziehen« oder einem Ereignis eine tiefer gehende Bedeutung zuzumessen in sehr vielen Zusammenhängen vorkommt. Nicht nur, aber auch z.B. in religiösen Systemen. Oder in psychologischen Theorien. Oder an ganz vielen anderen Stellen, häufig in Alltagssituationen. Größenideen, die nicht unbedingt der Realität entsprechen, kommen außerhalb der Psychiatrie in vielfacher, manchmal gesellschaftlich sogar geforderter und geförderter Art vor. Unsere gesamte psychische (und auch die biologische!) Konstitution beruht darauf, Sinnzusammenhänge aufzudecken – auch solche, die vielleicht nicht auf den ersten Blick erkennbar bzw. nachweisbar sind oder die nicht von allen Menschen geteilt werden. Meine These ist also die, dass es sich bei psychotischen Denk- und Wahrnehmungsmustern um Grundmuster menschlichen Denkens und Wahrnehmens handelt, die in der Psychose in extremer, sozusagen »reiner« Form auftreten. Wenn ich sehe, was woanders an

Größenideen, an Wahngebilden (z.B. bei extremen Sekten), an Über- und Fehlinterpretationen, an Verschwörungsideen, an Beziehungsideen und auch an Uneinsichtigkeit herrscht – dagegen kommen mir Psychose-Erfahrene manchmal wie die sprichwörtlichen Waisenkinder vor.

Wenn man denn Verrücktheit sowohl positiv wie auch negativ sehen kann – was wäre das Pendant zu dieser negativ erlebten Verrücktheit? Ich bevorzuge eine Vorstellung von Vernunft, die nicht eiskalte und rein naturwissenschaftlich objektivierbare Rationalität meint. Eine Vernunft, die erstens ihre Grenzen kennt, die andererseits berücksichtigt, dass Menschen eben nicht nur rationale, sondern auch emotionale Wesen sind und vielleicht zur Hälfte oder mehr aus Irrationalität bestehen – eine Vernunft, die dieses nicht nur mit dem ihr obliegenden Seufzer »Göttin, wirf Hirn vom Himmel«[1] hinnimmt, sondern die so souverän ist, das sogar zu bejahen.

Doch zu Beginn der Psychose standen die positiven Aspekte des Verrücktseins – diese gehen oft unter oder werden ganz unterdrückt. Eine Psychose, mag sie nun beängstigend oder beglückend erlebt werden, ist neben dem Krankheitsaspekt auch eine ungeheure kreative Leistung – auch wenn mir inzwischen meine nichtpsychotische Kreativität lieber ist. Obwohl ich nach meiner Erfahrung meine, beide entstammten der gleichen Quelle. Oder eine Depression – es gibt Menschen, die dafür, dass sie das Leben und die Welt als leer, öde, absurd beschrieben haben, den Nobelpreis[2] bekommen haben. Was für ein Fundus an Ideen, an Themen, an Erfahrungen, an Bildern, an Sprachschöp-

1 Graffiti

fungen, an Einsichten, von denen mehr als man glaubt Bestand haben, tut sich da auf. Was könnten sich, wenn die Gesellschaft mit uns reden wollte, für produktive Gespräche ergeben. In Psychose-Seminaren und ähnlichen Runden gibt es diese Gespräche oft schon. Wie viel Impulse könnten hiervon ausgehen, wenn nicht nur immer das Störende, das Kranke, das Lästige im Vordergrund stünde. Haben nicht in der Vergangenheit manche Menschen, die von ihrer Umgebung als Störer und Lästige erlebt wurden, auch wichtige Impulse geben können? Immer wieder wird erwähnt, dass die Gesellschaft psychisch Kranke deshalb nicht akzeptiert, weil wir nicht zum produktiven Teil der Menschheit zählen. Zunächst einmal: es gibt viele Psychiatrie-Erfahrenen, die sehr wohl, und sei es auch in besonders geschützten Bereichen, in irgendeiner Form am Arbeitsleben teilnehmen oder sich ehrenamtlich betätigen. Doch auch wer anscheinend oder offensichtlich nichts tut, hat potentiell etwas beizutragen, und sei es nur durch Anwesenheit. Er wird vielleicht nur an diesem Beitrag gehindert.

Nun kann der Eindruck aufkommen, ich würde Psychosen schönreden. Besonders, wenn ich erzähle, dass meine Psychosen inhaltlich schön, interessant, auch emotional zum Teil angenehm waren. Erst einmal: hätte ich vorher gewusst, dass ich eine Kandidatin für psychotisches Erleben und psychiatrische Behandlung bin, ich hätte natürlich alles Mögliche unternommen, um das zu verhindern, inklusive diverser Lebensentscheidungen, die anders ausge-

2 Gemeint ist hier der Philosoph und Schriftsteller Albert Camus. Jean-Paul Sartre, ebenfalls ein Kandidat für eine derartige Weltanschauung, hatte den Nobelpreis abgelehnt. Eine Schnellübersicht zum Thema »Negatives Denken« findet sich in dem unter dem Kapitel »Alle Zeit der Welt« aufgeführten Buch von Friedhelm Decher.

fallen wären, sowie der andere Umgang mit möglicherweise krisenauslösenden Situationen. Ganz abgesehen von den vielen Menschen, deren Psychosen ganz schrecklich, beängstigend oder bedrohlich sind, auch meine eigenen Psychosen haben solche Anteile. Aber gibt es nicht vielleicht Psychosen, die erstrebenswert sind? Dazu will ich eine philosophische Frage aufwerfen und ihr anhand meiner Psychose-Inhalte nachgehen. Ich meine das Problem der Freiheit. Wir Psychiatrie-Erfahrenen ärgern uns zu Recht, wenn die Psychiatrie in unsere äußere oder – z.B. durch Medikamente, durch Psychotherapie oder indem uns ein bestimmtes Krankheitsverständnis aufgedrängt wird, – in unsere innere Freiheit eingreift, diese beschneidet oder einschränkt. Es ist auch nicht so, wie manche Professionellen vielleicht immer noch glauben, dass in einer Psychose, während einer Depression, bei anderen psychischen Problemen die innere Freiheit aufgrund der Problematik für immer oder an jedem Punkt vollständig wegfällt. Auch geht mir nicht mein Alltagswissen verloren, die Psychiatrie braucht sich also nicht die Mühe zu machen, mich Küchengeräte benennen zu lassen. Es gibt nun aber eine nicht psychiatrische, sondern philosophische Meinung[3], die besagt, auch in extremen Situationen hätte der Mensch, sofern er nicht bewusstlos ist, immer noch bestimmte Grade von Freiheit. Beispielsweise die Freiheit, sich in dieser oder jener Weise zu seinem Problem zu verhalten, es so oder so zu interpretieren, wenn vielleicht auch nur in minimalem Maße zwischen zwei möglichen Reaktionen zu entscheiden. Auch während einer Psychose oder bei bestimmten psychiatrisch relevanten Phänomenen gibt es häufig diese

3 Auch hier kann man wieder auf den Existenzialismus zurückgreifen. Doch auch der zeitgenössische Philosoph Wilhelm Schmid vertritt diese Ansicht.

Freiheitsgrade, manchmal sehr kleine, manchmal ziemlich große. Bekannt ist z.B., dass das so genannte Stimmenhören von Betroffenen nicht nur sehr unterschiedlich erlebt wird, sondern einige Menschen auch zu einem positiven oder zumindest konstruktiven Umgang mit diesen Stimmen finden. Ich kenne solche Phänomene auch, meine Psychosen waren in der Hinsicht sogar lernfähig – diese Entscheidungs- und Freiheitsräume waren von Mal zu Mal größer. Bewusstlos bin ich natürlich auch nicht, im Gegenteil erlebe ich die Psychose als einen Zustand übersteigerter Wachheit und geradezu maßlos übertriebener Konzentration. Trotzdem entstehen Momente, in denen kein Quentchen Freiheit mehr übrig ist. In meinem nichtpsychotischen Leben steht es mir beispielsweise frei, einem Ereignis oder einer Handlung eine besondere, tiefere oder symbolische Bedeutung beizumessen – oder es nicht zu tun. Je nach dem, was ich für ein Mensch bin und unter welchen kulturellen und sonstigen Bedingungen ich lebe, ist diese Freiheit mehr oder weniger groß. Ich kann solche Techniken sogar sehr bewusst einsetzen – beispielsweise als Anregung in kreativen Prozessen oder bei Sprachspielereien. In der Psychose ist die symbolische Interpretation nicht nur die von mir für einzig richtig oder legitim gehaltene. Ich erlebe sie sogar als zwingend notwendige Sichtweise. In meinen Psychosen erlebe ich eine unbedingte und absolute und damit unentrinnbare Logik – die sich übrigens zwar inhaltlich, aber formal gar nicht von anderen Logiksystemen unterscheidet, auch wenn sie von Annahmen ausgeht, die andere Menschen nicht teilen. Das empfinde ich als einen Moment der Unfreiheit, der sich auch darauf bezieht, dass ich mitunter keine Entscheidungsfreiheit mehr habe, einem spontanen Impuls nachzugeben oder dieses nicht zu tun. Manchmal finde ich sogar andere Menschen, die meine

Vorstellungen teilen – beispielsweise Mitpatient/inn/en auf der Station. Es gibt noch einen weiteren Moment: in der Psychose erlebe ich eine Welt, in der alles einen inneren Zusammenhang hat, mal kausal, mal nichtkausal, in dem alles mit allem zusammenhängt und sogar für alle möglichen Leiden, Probleme und Widersinnigkeiten (subjektiv) befriedigende Erklärungen gefunden werden. Synchronizitäten, wohin man nur blickt, alles fügt sich ineinander, die Welt ist ein Ganzes. Also, wenn auch in einer sehr naiven und verkürzten Form, die Antwort auf alle Fragen, das Ziel, das Esoteriker anstreben, nach dem Physiker suchen, was Mystiker hin und wieder erleben. Die totale Ganzheitlichkeit. Abgesehen von dem Problem, dass ich diese »Lösung« anderen Menschen nicht mitteilen und sie nicht mit ihnen teilen kann – ich könnte mich damit zufrieden geben und es bestünde gar kein Anlass, mich in die sehr schnöde, banale, widersprüchliche und tief zerrissene »normale« Realität zurückzubegeben. Der obige Ausdruck sollte es schon andeuten: diese Welt ist hermetisch. Ihr fehlt nämlich etwas Entscheidendes. Man könnte es die Ungewissheit nennen oder die Ambivalenz oder die Offenheit – ich nenne es den Zufall. Der Zufall, sei er glücklicher oder leidvoller oder neutraler Art, ist nicht vorhanden, nicht einmal als Idee, nicht einmal als Möglichkeit. Ich kann das Wort »Zufall« oft nicht einmal mehr aussprechen, so widersinnig und nichtexistent erscheint mir die Idee des Zufalls. Auf meinem Diagnoseblatt findet sich das unter der Rubrik »Sprachstörungen« wieder.

Der Gedanke, dass die Ungefügtheit und Zerrissenheit, das Zufällige und Unerklärbare der normalen Realität eben auch Freiheit bedeutet, ist natürlich einigermaßen abstrakt. Es gibt Momente, in denen ich durchaus dem psy-

chotischen Erleben nachtrauern kann: Der vertieften Wahrnehmung. Dem Gefühl einer ungeheuren Stimmigkeit meiner Umgebung. Das angenehm veränderte Zeiterleben. Dem Wegfall aller großen und kleinen Ängstlichkeiten. Nur, warum bemühe ich mich dann um Rückfallprophylaxe, habe – außer beim ersten Mal – bei meinen Psychosen aus eigenem Antrieb Kliniken aufgesucht? Warum wähle ich nicht das Psychotischsein und -bleiben? Zum einen: ich kann es nicht wählen (nun gut, aber vielleicht provozieren). Zum anderen: ich kann in der Psychose meinen Alltag nicht mehr bewältigen, gefährliche Situationen oft nicht mehr richtig einschätzen und die Verständigung mit meiner Umgebung ist massiv gestört. In psychotischem Zustand sage oder tue ich Dinge, die für meine Umgebung nicht nur unverständlich, sondern manchmal auch störend oder beleidigend sind, die mir in nichtpsychotischem Zustand nicht in den Sinn kommen würden. Dass alle psychotischen Aussagen oder Handlungen nun »unterdrückte Wahrheiten« seien, ist für mich wiederum nur eine halbe Wahrheit. Psychotisch bleiben hieße, meinen bescheidenen Platz in der Welt aufgeben zu müssen. Etliche soziale Kontakte würden sehr bald wegfallen, andere auf Dauer. Ich kann niemanden mit hineinnehmen ins psychotische Erleben und an dieser Erfahrung teilhaben lassen, und könnte »richtig« nur noch mit Menschen kommunizieren, die in einer ähnlichen Weise psychotisch sind. Die vielleicht kleineren, aber dafür sehr viel konkreteren und manchmal auch gemeinschaftlichen Glückserlebnisse, die ich außerhalb von Psychosen habe, würden wegfallen. Ich könnte nur noch in einer Umgebung leben, die meiner stark erhöhten Reizempfindlichkeit sowie meiner symbolischen Umweltinterpretation auch auf Dauer Rechnung trägt. Ich wäre in viel stärkerem Maße abhängig. Daher bevorzuge

ich doch die Möglichkeiten, die mir die nichtpsychotische Realität bietet – und muss dann deren Nachteile in Kauf nehmen. Was ich nicht oft genug wiederholen kann: Viele Psychose-Erfahrene erleben keine »schönen« Psychosen. Sondern schreckliche. Von den Folgen einer überstandenen Psychose ganz zu schweigen.

Schade, dass das Gespräch mit Psychose-Erfahrenen nicht von sehr viel mehr Menschen als nur von fortschrittlichen professionellen Mitarbeiter/inne/n der Psychiatrie gesucht wird. Es gäbe einiges zu erfahren. Beispielsweise, wie dumm man plötzlich dastehen kann, wenn man für alles eine Erklärung und eine Antwort gefunden hat. Oder zumindest gefunden zu haben meint. Dass ich beispielsweise skeptisch bin, wenn jemand sich selbst oder seiner Sache allzu sicher ist, an einem Vorhaben oder einer Idee keinerlei Befragung mehr zulässt. Nicht, dass ich diese Leute dann sofort für krank oder behandlungsbedürftig halte. Aber bei allzu großer Gewissheit ist oft der Irrtum nicht mehr fern. Oder was aus Utopien oder orthodoxen Lehrgebäuden, seien sie beim ersten Anblick auch ganz wunderschön, wird, wenn sie verwirklicht sind.

Vielleicht wird der Beitrag, den Psychose-Erfahrene geben könnten, gar nicht gewollt – er würde so vieles in Frage stellen. Vieles auch, was in unserer heutigen Zeit als selbstverständlich oder sehr erstrebenswert gilt. Das ist unbequem. Macht vielleicht auch Angst. Womöglich fängt man noch an, über sich selbst nachzudenken. Über die eigene Begrenztheit und Zerbrechlichkeit. Über Ziele, Prioritäten, die Legitimation des pausenlosen Beschäftigtseins. Über die eigene Verrücktheit. Alles – bloß das nicht.

»Ein Gesunder ist ein Mensch,
der nicht oder noch nicht gründlich genug
untersucht wurde.«

DER SPIEGEL

»Seelische Gesundheit« und »Recht auf Krankheit«

Dass wir Psychiatrie-Erfahrenen mit dem Krankheitsbegriff oft nicht sehr glücklich oder manchmal überhaupt nicht einverstanden sind, ist bekannt. Darüber lohnt es sich allein deshalb, intensiv zu diskutieren, weil es zwischen »Krankheit« und »keine Krankheit« noch jede Menge Grautöne und Abstufungen gibt. Ich fühle mich auch nicht krank, wenn ich psychotisch bin – im Gegenteil. Dass auch im Nachhinein der Krankheitsbegriff oft abgelehnt wird, ist für mich ebenfalls gut nachvollziehbar. Es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die den Krankheitsbegriff oder eine Diagnose als Erleichterung erleben – aber selbst dann bleibt vieles problematisch. Was hängt da nicht alles dran, von sich selbst zu sagen »ich bin psychisch krank«. Auch ich habe in der Hinsicht meine Grenzen. Es gibt Bereiche des Psychose-Erlebens, die für mich mit dem Begriff »Krankheit« unzutreffend gekennzeichnet sind. Es bleibt fragwürdig, bei einer Krankheit gegen den eigenen Willen oder, etwa bei Zwangsmaßnahmen, mit Methoden behandelt zu werden, die den subjektiven Bedürfnissen völlig widersprechen.

Als ich erstmalig von der Polizei auf die geschlossene Station einer Klinik gebracht wurde, man mir dort meine Kleidung und persönlichen Sachen wegnahm, mich in ein

Bett legte und wortlos eine Spritze verabreichte – wusste ich nicht, wie mir geschah und warum das geschah. Dass man mir helfen wollte, konnte ich beim besten Willen nicht erkennen. Wozu das alles? Mir war danach, nach Hause zu gehen und meine Ruhe zu haben. Und ich hatte noch Glück: mich hatte vorher ein Arzt im Allgemeinkrankenhaus, wohin man mich zur Untersuchung gebracht hatte, über das, was da auf mich zukommen würde, kurz und sachlich informiert. Sonst hätte ich mich wohl aus Leibeskräften dagegen gewehrt. Wären noch weitere Maßnahmen, eine ausgesprochene Zwangsmedikation oder Fixierung hinzugekommen, meine Verzweiflung, Angst (nicht vor der Psychose, sondern vor der Psychiatrie!) und Verwirrung hätten sich ins Unermessliche gesteigert.

In der Einleitung sprach ich von Faktoren, die mir mehr geholfen haben als die psychiatrische Behandlung. Einen dieser Faktoren möchte ich nun nennen: ich weigere mich, mich ausschließlich über meine Psychose- bzw. Psychiatrie-Erfahrung zu definieren, dies als meinen zentralen Identitätsfaktor zu begreifen. Natürlich gab es Zeiten in meinem Leben, in denen dies nur eine nette Theorie war: entweder ging es mir so schlecht, dass ich an überhaupt nichts anderes als mein psychisches Befinden mehr denken konnte. Oder ich habe mich aus Interesse und aus dem Versuch der Bewältigung heraus damit so intensiv auseinandergesetzt. Da ich in der Selbsthilfebewegung aktiv bin, bleibt es auch weiterhin ein wichtiges Thema. Äußerlich ist mein Leben in vielerlei Hinsicht durch die Psychose-Erfahrung geprägt: der Ort, an dem ich lebe. Der Beruf, den ich ausübe. Der Freundeskreis und der Lebensstil, zu dem ich gefunden habe. So manche Perspektive hat sich durch die Psychose- und Psychiatrie-Erfahrung sehr verschoben. Im

Alltag werde ich durch Arztbesuche und Medikamenteneinnahme daran erinnert. Gibt es da überhaupt noch eine Möglichkeit, dieser Rolle zu entfliehen? Aber natürlich. Zum einen, weil ich in diesem Punkt richtig verbohrt und eigensinnig bin. Sie dürfen auch ruhig »uneinsichtig« dazu sagen. Zum anderen: ganz ohne Frage hält das Leben jede Menge anderer wichtiger, interessanter, spannender, schöner oder leidvoller und problematischer Aspekte bereit. Denen will, muss und darf ich mich widmen. Meine Weigerung, mich unbesehen in jeder Umgebung sogleich als Psychiatrie-Erfahrene zu outen, hat nicht nur mit der Angst vor der Stigmatisierung zu tun. Manche Leute reagieren ja auch sehr verständnisvoll oder sogar interessiert auf diese Mitteilung. Nur: ich bin dann schon wieder in einer Sonderrolle. Ich möchte aber eben manchmal eine x-beliebige Kursteilnehmerin, Stammkundin oder Nachbarin sein. Wenn jemand auf die Idee käme, mich heute einer gründlichen psychiatrischen oder psychologischen Untersuchung zu unterziehen, würde er bestimmt alles Mögliche finden, was in psychiatrische Kategorien passt. Vielleicht kognitive oder neurologische Beeinträchtigungen, emotionale Disharmonien, Entwicklungs- und Arbeitsstörungen, Schwierigkeiten im Alltag oder bei den Sozialkompetenzen, was weiß ich, Dinge, die für Psychose-Erfahrene angeblich typisch oder untypisch sind. Ich sehe natürlich zu, dass keiner jetzt diese Untersuchung macht, denn ich wüsste nicht, wozu das derzeit gut sein sollte.

Ist schizophren wirklich ein Persönlichkeitsmerkmal, aus dem sich etwas Wesentliches ableiten lässt? Für Ärzte und Therapeuten vielleicht. Für mich nicht. Um dabei mal gleich zu bleiben: Ich kenne eine Menge Leute, die mit der gleichen oder einer ähnlichen Diagnose wie ich herumlaufen. Stimmt, wir können uns oft etwas Ähnliches – oder

Verschiedenes – darüber erzählen, was wir in den Psychosen erlebt haben. Zumindest nach den Psychosen und der Psychiatrie-Erfahrung haben wir mit sehr ähnlichen persönlichen und sozialen Problemen zu kämpfen. Deshalb macht es Sinn, Selbsthilfegruppen und Verbände zu gründen. Ansonsten habe ich keinen wirklich fassbaren gemeinsamen Nenner für uns gefunden. Da gibt es Dumme und Kluge, Streitbare und Harmoniesüchtige, Dicke und Dünne, Optimisten und Pessimisten, Oberflächliche und Gründliche, Spießbürger und Exzentriker, Ruhebedürftige und Betriebsnudeln, Draufgänger/innen und ganz Schüchterne. Wie auch im »richtigen Leben«.

Was heißt das für mein Krankheitsverständnis? Ich traf mal jemanden aus dem medizinischen Bereich, der mir erklärte, bei einer Psychose sei eben der Kern der Persönlichkeit erkrankt. Es gibt auch die Meinung, wer einmal psychisch erkrankt sei oder sogar mehrmals, bleibe immer psychisch krank. Ob dies richtig oder falsch ist, interessiert mich eigentlich nicht. Mich interessiert, dass ich mit einer solchen Annahme über mich selbst nicht leben kann. Da kann ich mir gleich mein eigenes Grab schaufeln. Doch, ich spüre manchmal dies oder jenes. Es ist für mich von Nutzen gewesen, zu akzeptieren, dass ich psychisch krank geworden bin und ein gewisses Handicap, eben diese besondere Empfindlichkeit, mit mir herumtrage. Nur: man kann in diesem Akzeptieren auch zu weit gehen. Dann ist es in jeder Hinsicht selbstschädigend. Für das Selbstwertgefühl, für die sozialen Rollen, die man ausfüllt oder ausfüllen muss oder möchte. Und gesundheitsschädlich. Wissen Sie, von welchen Beziehungen ich am meisten profitiert habe? Von Beziehungen zu solchen Menschen, die zwar meine Krankheit kannten und auch meine Beeinträchtigungen

berücksichtigten, die mich aber ansonsten als völlig gesunde Person – wie immer man das definieren möchte – betrachteten. Ob das nun Angehörige, Kollegen oder Therapeuten waren. Mir selbst ist es in den Zeiten am besten gegangen, in denen ich einfach annehme, ich sei gesund oder zumindest potentiell gesund. Oder wo mir diese vorhandene oder potentielle Gesundheit von anderen zugesprochen wurde.

Noch etwas zum Sprachgebrauch. »Psychisch krank« ist schon nicht sehr schön, weshalb wir uns lieber den Namen »Psychiatrie-Erfahrene« gegeben haben. Es hat sich aber auch der Begriff »seelisch« krank bzw. behindert eingebürgert. Vermutlich wollte man uns damit etwas Gutes tun, klingt irgendwie sanfter, emotionaler, empfindsamer – eine sensible Seele beispielsweise. Ich habe damit fast noch mehr Schwierigkeiten als mit »psychisch krank«. Was heißt denn hier eigentlich »Seele«? Zum einen mag man diesen Begriff als sehr abgenutzt und kitschig[1] empfinden. Aus meinem Verständnis heraus ist »Seele« ein Begriff, der, zumindest früher, etwas mit Religion oder Metaphysik zu tun hatte – der Teil des Menschen, der ihn mit einer wie auch immer gedachten Transzendenz verbindet. Eigentlich also der Aspekt, der überhaupt gar nicht krank werden kann – außer eventuell durch besonders schwere ethische Verfehlungen. Bei den Anthroposophen heißen manche Menschen mit Behinderungen »Seelenpflegebedürftige«. Etwas mehr Pflege hätte ich mir schon oft gewünscht: unaufdringliche und behutsame, sanfte und schonende, tröstende und ermutigende Pflege. Aber unter Menschen,

1 Vielen Dank an Brigitte Siebrasse für diesen wichtigen Hinweis, den ich in meiner Begeisterung für Religion usw. sonst übersehen hätte. Und für die Hühnergeschichte. Und für vieles andere.

deren Seele mal dringend gepflegt werden müsste, stelle ich mir ganz andere Leute vor, als die meisten Psychiatrie-Erfahrenen, die ich kennen gelernt habe.

Nehmen wir das also hin, dass es jetzt seelisch krank heißt, folgerichtig heißt das dann auch seelisch gesund. Da aber komme ich vollends ins Grübeln: Stinknormale psychiatrische Kliniken benennen sich jetzt um in »Zentrum für seelische Gesundheit«. Das ruft richtig schöne Assoziationen wach: Ich denke an ein Wellness-Center, große Saunalandschaft, frisch gepresste Säfte, Fußreflexzonenmassage und weitläufige Meditationshallen, vielleicht einen Vortrag über die Heilkraft von Edelsteinen. Können Sie sich vorstellen, dass jemand in Handschellen von der Polizei bei einem »Zentrum für seelische Gesundheit« abgeliefert wird? Dass es darin verschlossene Türen und Fixierungen gibt? Dass dort massenhaft Psychopharmaka verabreicht werden? Dass man dort Tag für Tag mit vielem persönlichen und gesellschaftlichen Leid zu tun hat? Entstigmatisierung und Gesundheitsförderung, sicher bin ich dafür – aber bitte nicht schönfärberisch und verschleiernd werden.

Tja, die seelische Gesundheit – das wäre für mich eine Gesundheit, die weit über psychiatrische oder medizinische Kategorien hinausgeht. Ich gerate mal ein bisschen ins Träumen: Trotz wahrgenommener Begrenztheit des eigenen Lebens und der eigenen Person sein eigenes Tun als sinnvoll und lohnenswert erleben und Freude daran haben, sich voll und ganz darauf einlassen. Überhaupt zu einem solchen Tun in der Lage sein. Keine entfremdete Arbeit mehr. Alle eigenen Potentiale voll ausschöpfen können, ohne durch innere oder äußere Umstände daran gehindert zu

werden. Gelungene Liebe leben. Werden, der man ist. Und das will nun die Psychiatrie herstellen, das sei ihr neues Produkt? Wenn sich die Psychiatrie da mal nicht kolossal übernimmt. Wenn diese Art seelischer Gesundheit durch die Psychiatrie gefördert würde, dann würden dort vielleicht philosophische Seminare für alle oder Kurse über Lebensführung abgehalten werden (wäre eigentlich auch schon heute keine schlechte Idee). Es wird zwar neuerdings oft gesagt, man solle nach den »gesunden« Anteilen des Patienten/Klienten suchen – ich habe manchmal den Eindruck, aufgrund des speziellen Zusammenhangs, in dem sich Psychiatrie-Erfahrene und Behandler/innen begegnen, ist das kaum mehr möglich. Nicht immer, aber zu oft bleibt das ein schönes Lippenbekenntnis.

Also zur Krankheit. Wie wird Krankheit heute erlebt? Obwohl wir ein riesiges Gesundheitssystem haben, ist Krankheit nicht ein gleichgewichtiger anderer Teil des Lebens. Krankheit ist ein Störfaktor in unseren effizient durchorganisierten, erfolgsorientierten Abläufen. Sie muss daher nicht bloß gelindert, gemildert, geheilt, sondern bekämpft, ja ausgemerzt werden. Wenn solche Vokabeln aufkommen wie »ausmerzen« oder »ausrotten«, werde ich immer ganz hellhörig. Nicht bloß wegen der zahlreichen ausgerotteten Tier- und Pflanzenarten. Dieser gewaltsame Sprachgebrauch und Gedankengang hat in der Vergangenheit schon einmal dazu geführt, dass man die Gewalt nicht mehr gegen die Krankheiten, sondern gegen die kranken Menschen gerichtet hat. Und in der Psychiatrie gibt es Gewalt gegen Kranke bekanntlich immer noch. Ich frage mich, nicht nur bezogen auf Psychiatrie, wie wir überhaupt mit dem Phänomen Krankheit umgehen.

Das ist schön und gut, wenn die Verweildauern in den Kliniken gekürzt werden – auch ich entwickle in psychiatrischen Kliniken immer überbordende Ängste, man würde mich übermäßig lange dabehalten oder überhaupt nicht mehr gehen lassen. Ganz abgesehen übrigens davon, dass mein eigentlicher Leidensweg oft erst nach der Entlassung beginnt. Aber ob das wirklich ein Kriterium für Heilung oder Besserung ist? Es gibt dieselben Entwicklungen auch im somatischen Bereich. Es ist natürlich gut, dass es diese ambulanten Operationen heute gibt, man nicht mehr für alles und jedes wochen- oder monatelang in irgendwelchen Krankenhäusern, die womöglich noch weit vom eigenen Wohnort entfernt sind, herumliegen muss – obwohl ich den begründeten Verdacht habe, dass dies gar nicht aus Patientenfreundlichkeit geschieht, sondern nur aus Kostengründen. Aber wo kann und darf man eigentlich noch richtig krank sein? Um beim somatischen Bereich zu bleiben, da habe ich manchmal den Eindruck, das läuft in etwa so ab: morgens um neun fährt man ins Krankenhaus, lässt sich um zehn die Niere und die halbe Lunge herausnehmen, und um halb eins sitzt man wieder mit seinen Lieben zu Hause am Mittagstisch. Krankheit ist etwas, das muss schnell »weggemacht« werden. Ich denke hin und wieder, ob wir wohl auf eine Gesundheitsdiktatur zusteuern oder womöglich schon in ihr leben. Vor Jahren war da mal eine winzige Notiz in unserer Tageszeitung. Ein Psychiatrie-Erfahrener hatte gegen eine Zwangseinweisung geklagt. Das Bundesverfassungsgericht[2] gab ihm Recht und sprach von einer »Freiheit zur Krankheit«, die einem psychisch Kranken bei nicht vorliegender Selbst- oder Fremdgefährdung verbleiben müsse. Freiheit zur Krankheit – was für ein bemerkens-

2 Az. 2BvR 2270/96

werter Ausspruch. Ganz besonders für die Psychiatrie. Aber nicht nur für die Psychiatrie. Ob das wohl allgemein bekannt ist, dass es diese Freiheit gibt?

Darf man in der Psychiatrie krank sein? Psychisch krank, depressiv, psychotisch, verrückt, durchgedreht? Es gibt auch in der Psychiatrie gewährende Räume. Aber diese durfte ich selbst leider nur selten erfahren. Psychiatrie ist für mich meistens ein Ort gewesen, wo ich mehr als in meinem ganz normalen Alltag darauf aufpassen musste, nichts Verrücktes zu sagen oder zu tun, nicht gegen irgendwelche Regeln zu verstoßen. Es ist übermäßig anstrengend, von Kopf bis Fuß von psychotischen Vorstellungen überflutet zu sein und trotzdem in Gesprächen und Abläufen »mitfunktionieren« zu müssen. Und dann erst diese Zeit, in der ich so depressiv war. Wo ich dann dauernd therapiert, motiviert, strukturiert werden sollte. Für mich war das nur eine fürchterliche Quälerei. Da bin ich dann gegangen, nun ja – ich war so gesund, dass ich zwar außerhalb der Psychiatrie überleben konnte, aber zu krank, um in der gesunden Welt richtig mitzuwirken. Während ich mich also durch meinen Alltag quälte und schleppte, dachte ich oft daran, dass dahinten doch eine psychiatrische Klinik stünde. Dort würde ein schönes, frischbezogenes Bett für mich bereitstehen. Wenn ich mich dort nur hineinlegen dürfte, das Gesicht zur Wand drehen, endlich richtig krank sein dürfen. Irgendwann wäre ich sowieso wieder aufgestanden. Wenn nicht – ich habe nicht gefordert, man müsse mich unbegrenzt gewähren lassen. Vielleicht bloß ein paar Tage, ein paar Wochen. Aber als Psychiatrie-Erfahrener weiß man, dass das so nicht läuft. Oder besser: bei mir lief das niemals so. Ich hätte noch keine fünfzehn Minuten in diesem schönen, frischbezogenen Bett gelegen, da hätte je-

mand daneben gestanden: »Bitte, stehen Sie auf. Sie müssen jetzt zur Beschäftigungstherapie.« oder »Sie haben gleich ein Gespräch mit der Sozialarbeiterin.« oder »Wie stellen Sie sich eigentlich Ihr weiteres Leben vor?« (in solchen Zeiten habe ich keine Vorstellung davon, dass mein Leben überhaupt weitergehen könne). Oder einfach nur: »Sie können hier nicht den ganzen Tag im Bett liegen.« Egal, ob das freundlich oder unfreundlich vorgebracht wird – da ist nichts mit »in Ruhe krank sein können«. Manchmal, aber eben nur manchmal, habe ich anderswo Raum und Zeit gefunden, krank sein zu können.

Eben wurde es schon angesprochen: Zwischen Krankheit und Gesundheit gibt es noch ein ganz großes Niemandsland, in dem man zu gesund ist, um intensive Unterstützung in Anspruch zu nehmen, wo man ärztlicherseits womöglich für gesund erklärt wird, wo man aber zu krank ist, um gesund zu sein. Dieses Niemandsland ist sehr groß. Sehr grau. Mitunter sehr einsam. In diesem Niemandsland halten sich noch andere Psychiatrie-Erfahrene auf. Manche bleiben immer darin. Für manche enthält dieses Niemandsland einen Todesstreifen. Wegweiser hinaus gibt es nur wenige.

An anderer Stelle werde ich einige Parallelen zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen ziehen. Dieser Vergleich ist manchmal zulässig, doch er hinkt nicht nur, sondern er kann womöglich überhaupt nicht funktionieren. Einige Jahre nach der psychischen Erkrankung hatte ich eine etwas schwerere, auf jeden Fall sehr schmerzhafte körperliche Erkrankung. Wie unterschiedlich hat da meine Umgebung reagiert, verglichen mit der psychischen Erkrankung! Wie wurde ich geschont, umsorgt, geradezu

verhätschelt. Wie viel Verständnis hatten alle dafür. Wie wurde mir Hilfe angeboten, Erleichterung meiner Situation, Adressen von Ärzten und Kliniken an mich weitergereicht. Wie interessiert waren alle an meinem Befinden. Von Vorwürfen oder Druck keine Spur, obwohl ich durch meine Lebensführung vielleicht sogar zu dieser Erkrankung beigetragen haben mochte. Sogar Unterhaltung wurde mir noch geboten. Bei der psychischen Erkrankung war das alles ganz anders gewesen. Meiner Umgebung kann ich diese unterschiedliche Reaktion nicht vorwerfen. Aber es ist doch sehr traurig.

Noch heute kann ich böse werden, wenn jemand leichtsinnig und vorschnell den Begriff »Krankheitsgewinn« in den Mund nimmt. Das sagt sich so leicht. Für mich bedeutete die Erkrankung in erster Linie Verluste, Verzichte und erhöhte Anforderungen. Erst sehr spät konnte ich diesen »Gewinn« erkennen und zögere nach wie vor, ihn in Anspruch zu nehmen. Wo bleibt aber der Gesundheitsgewinn? Wenn »gesund sein« für einen Psychiatrie-Erfahrenen nur bedeutet, dass ihm Unterstützung und Zuwendung entzogen werden, er/sie schwierigeren Anforderungen gerecht werden muss, er/sie von der Gesundheit keinen subjektiv erfahrbaren Gewinn hat, dann ist es natürlich mit Motivation und Rückfallprophylaxe auch nicht weit her.

Aber noch etwas ganz anderes: Krankheiten, und zwar alle Krankheiten, machen einen Menschen oft egozentrisch. Nicht nur, wenn man z.B. Krebs hat, will man sich vielleicht nur noch um sich selbst kümmern. Auch, wer mit einer Grippe im Bett liegt, nimmt wenig Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer. Psychische Krankheiten haben es in dieser Hinsicht anscheinend besonders in sich. Die Umge-

bung ist ganz schön genervt. Das Schlimme aber: unter dem Gefühl, mich nur noch mit mir selbst zu beschäftigen, habe ich am allermeisten gelitten. Nicht bloß wegen meiner altruistischen Neigungen. Sondern wegen der tief greifenden Isolation, die darin liegt. Dem Eingesperrtsein. Schon wieder. Kein psychiatrisches Eingesperrtsein diesmal.[3] Was aber die ethische Problematik angeht: Ichbezogenheit ist ein verbreitetes Phänomen, bestimmt nicht nur auf Menschen mit psychischen Problemen beschränkt. Die wirklich sozial gefährliche Egozentrik findet sich meistens in ganz anderen Bevölkerungsgruppen.

Und dann habe ich hier noch einen Text auf meinem PC von einer anderen Psychiatrie-Erfahrenen. Die dieses mit sich selbst Beschäftigtsein aufweist. Sie weiß dieses sogar selbst und leidet auch darunter. Zum Glück habe ich eine große Vorratskammer, in der sich die Geduldspakete stapeln. Unerschöpflich sind diese Vorräte natürlich nicht. Der Text dieser Psychiatrie-Erfahrenen handelt von Weihnachten. Von einem Besuch des Christkinds. Von einem Christkind, welches besonders für jene Menschen da ist, die in sich selbst gefangen sind. Gerade für diese Menschen. Von diesem besonderen Christkind können psychisch Gesunde auch etwas abbekommen, wenn sie in sich selbst gefangen sein sollten.[4]

Eine Gesellschaft, in der Krankheit, das Leiden an sich selbst, am anderen, an den Umständen ganz abgeschafft wurde, ist längst beschrieben worden, und zwar in Aldous

3 Im Text wollte ich diese Frage nicht stellen, sie muss aber gestellt werden: Inwiefern tragen die Neuroleptika zu einer solchen »Gefangenheit« bei?

4 Selbstverständlich habe ich die betreffende Psychiatrie-Erfahrene vorher gefragt, ob ich dieses Beispiel verwenden darf.

Huxleys »Schöne Neue Welt«[5]. Was von ihm als abschreckendes Zerrbild gedacht war, wirkt heute möglicherweise attraktiv? Keiner versteht mehr, weshalb einer der Protagonisten am Schluss die Wiedereinführung des Leidens fordert? Er scheitert natürlich sowieso …

Kurz noch ein Letztes. Krankheiten, auch psychische Krankheiten verursachen viel Leiden, und ich finde es richtig, wenn gegen dieses Leiden etwas unternommen wird, man kann nicht genug dagegen unternehmen. Doch von dem Leiden einmal abgesehen, haben Krankheiten noch eine andere Facette. Bei Psychosen ist diese andere Facette zuerst und zu allermeist von den Leuten entdeckt worden, die Psychosen gar nicht als Krankheit betrachten. Nämlich die Entwicklungs- und Reifungschancen, die in einer psychischen Krise stecken können. Klinikärzte mögen auf diese These befremdet reagieren – sie bekommen bei vielen Patient/inn/en nicht mit, wie es später weitergeht. Es geschieht auch nicht von selbst, sondern es sind, um diese Möglichkeit wahrnehmen zu können, bestimmte Bedingungen nötig – eigene Bereitschaft und Fähigkeit zur angemessenen Reflektion, eine verständnisvolle, unterstützende Umgebung. Ich will eine psychische Krise nicht glorifizieren und weiß, dass es Psychiatrie-Erfahrene gibt, für die dieses nicht zutrifft – aber Menschen, die eine schwere Erkrankung, ob nun körperlich oder psychisch, durchgemacht haben, entwickeln manchmal danach eine andere, weniger oberflächliche, genauere Sichtweise. Sie werden vielleicht nachdenklicher oder toleranter, vielleicht auch mutiger, setzen oft ganz andere Ziele und Prioritäten. Auch

5 Aldous Huxley: brave new world, London 1932. Deutsch: »Welt – wohin?« Leipzig 1932 (unter dem obigen Titel »Schöne neue Welt« erstmals Frankfurt 1953)

das ist etwas, was Psychiatrie-Erfahrene beitragen können, selbst dann, wenn sie es nicht ausdrücklich so formulieren. Darüber hinaus soll es vorkommen, dass Psychiatrie-Erfahrene anfangen, die psychischen Probleme nicht bloß als katastrophales Naturereignis, dem man ohnmächtig gegenübersteht, sondern als persönliche Herausforderung zu begreifen.

Von künstlichen Welten und der Welt da draußen

Es geht vielen – aber längst nicht allen – Psychiatrie-Erfahrenen heute besser, als es ihnen in der Gesellschaft und der Psychiatrie vor vierzig Jahren gegangen wäre. Das ist die gute Nachricht. Die schlechte Nachricht: die Integration hat nicht stattgefunden. Nun sind Psychiatrie-Erfahrene per se bereits auch ein Teil, Mitglieder dieser Gesellschaft, was soll da also integriert werden, was heißt für mich Integration? Für mich bedeutet Integration, dass Psychiatrie-Erfahrene an den vielen Chancen und Möglichkeiten, die unsere Gesellschaft eben auch zu bieten hat, teilhaben können. Es würde eine größere Akzeptanz Psychiatrie-Erfahrener als Mitmensch/Mitbürger und im öffentlichen Leben bedeuten. Auch Psychiatrie-Erfahrene sollten mehr als bisher diejenigen Rollen einnehmen können, die für andere Erwachsene in diesem Land selbstverständlich sind.

Zudem bin ich der Meinung, dass es zwar richtig ist, dass die gesellschaftliche Normalität und Realität viele krankmachende, kränkende, wohl auch überfordernde Anteile hat – dass aber andererseits eben diese Realität und Normalität (auf den Begriff gehe ich gleich noch ein) auch viele gesundheitsfördernde Aspekte und so manche Chance, die durchaus auch von Psychiatrie-Erfahrenen wahrge-

nommen werden sollte oder könnte, bereithält. Was nicht heißt, jedweden Psychiatrie-Erfahrenen ohne Beistand und Vorbereitung, womöglich noch gegen seinen Willen, ins eiskalte Wasser einer unbarmherzigen gesellschaftlichen Realität zu schubsen. Ich lebe schließlich auch in einer Nische, an der ich übrigens mühevoll gebastelt habe. Aber diese Nische ist nach vorne hin offen, damit nicht der notwendige und sinnvolle Schonraum plötzlich doch wieder zur kahlen, einsamen, ereignislosen Isolierzelle wird. Nur ohne sinnlich erfahrbare Wände. Auf das Wie und das Wieviel kommt es an.

Möchten Sie Beispiele? Ich hatte das Glück, trotz sehr schwieriger Zeiten nicht allzusehr in psychiatrische Strukturen hineinzugelangen und aus wichtigen gesellschaftlichen Zusammenhängen nicht ganz herauszufallen bzw. wieder hineinzugelangen. Als erstes ein schon erwähnter Gewinn: die Verrücktheit der Normalen wahrzunehmen. Und die Erkenntnis, dass viele der Probleme, die ich als für psychisch Kranke typisch kennen gelernt hatte, bei vielen anderen Menschen, die nicht in psychiatrische Behandlung kommen, ebenfalls anzutreffen sind. Weiter war da das Lernen am Modell: wie bewältigen andere Leute solche Situationen, die für mich sehr belastend oder psychisch kritisch sind? Nicht zu vergessen das bisschen Lektüre und die paar Seminare zu Themen wie Selbstmanagement oder Kommunikationsübungen. Dabei bin ich überhaupt keine Managerin – aber wenn man sein Leben als chaotisch und auch in kleinen Dingen als erfolglos wahrnimmt, kann so was doch nicht schaden, oder? In verschieden gestalteten Situationen reagiere ich und bewege ich mich durchaus unterschiedlich – es gab Arbeitsplätze, an denen ich überhaupt nicht zurechtkam, an anderen dagegen sehr gut.

Zum Thema Arbeitsleben später mehr. Ich entdeckte auch, dass es für fast jedes Problem irgendwie spezialisierte Beratungsangebote gibt, offenbar werden wir zu einer Beratungsgesellschaft, jeder berät jeden – wobei ich von nichtpsychiatrischer Beratung manchmal mehr profitiert habe. Wenn jemand ein sehr geringes Einkommen hat und deshalb, weil er/sie sich sowieso schon vom Leben benachteiligt fühlt, Mühe hat, nun auch noch sparsam zu leben – da muss nicht immer gleich eine Vermögensbetreuung her. Man kann auch erst einmal ein Haushaltsbuch kaufen und es damit probieren. Und dass es Zeiten gibt, in denen mein Haushalt nicht gut läuft, ist noch keine Indikation für Betreutes Wohnen – mir hilft dann jemand. Apropos Wohnen – wichtiger als alle tiefgründigen Überlegungen ist die Lage meiner Wohnung inmitten einer möglichst guten Infrastruktur, so dass ich auch in Zeiten, in denen es mir schlecht geht und ich sehr unbeweglich bin, die notwendigsten Funktionen wie Einkaufen, Kontakte usw. aufrechterhalten kann. Sie kennen Psychiatrie-Erfahrene, die Mühe haben, morgens früh aufzustehen? Ich gehöre auch dazu. Wenn es sehr wichtig ist, nutze ich den Weckdienst der Telekom. Was noch wichtig war: der Kontakt zu Menschen, die an schweren körperlichen Erkrankungen oder Behinderungen leiden. Psychische Probleme sind einer körperlichen Erkrankung nicht so ohne weiteres gleichzusetzen, aber es gibt doch Parallelen. Wie informiert man/frau sich über seine Erkrankung, welche Behandlungs- oder Erfolgskriterien legt man an? Wie verarbeiten andere den sozialen Absturz, die Vereitelung wichtiger Lebenspläne, wie bewältigen sie Stigmatisierung oder persönliche Beeinträchtigung? Welche Rolle spielen und wie wichtig sind Interessenverbände? Übrigens: auch die Probleme, die manchmal mit Angehörigen entstehen, weisen Ähnlichkei-

ten auf. Die Überforderung auf beiden Seiten. Die Notwendigkeit, miteinander über eine schwierige, veränderte Situation zu sprechen. Die möglicherweise verspätete und damit schwierigere Ablösung vom Elternhaus usw.

Psychiatrie ist nie unabhängig von der Gesellschaft, in der sie sich befindet. Sie ist wohl doch als Reaktion auf eine gesellschaftliche Situation überhaupt erst entstanden. Nun, diese Gesellschaft hat sich in den letzten dreißig Jahren auch sehr verändert. Nicht nur, dass Lebensstile, die früher als undenkbar oder sozial auffällig galten, heute selbstverständlich – oder weniger selbstverständlich – akzeptiert werden. Diese Gesellschaft zerfällt, zumindest von einer alltäglichen Ebene aus betrachtet, in unzählige Milieus und Subkulturen, in denen sehr unterschiedliche und oft sich widersprechende Normen, Werthaltungen, Umgangsformen, Einstellungen und Lebensstile bzw. -rhythmen gelebt werden und als »normal« gelten. Manche Psychiatrie-Kritiker gehen daher so weit, die Psychiatrie für völlig überflüssig zu halten, da in einer immer toleranteren, hochindividualisierten Gesellschaft sehr bald jegliches seltsame oder (scheinbar) unverständliche Verhalten geduldet werden würde – außer, man/frau begeht Straftaten. Das ist natürlich Augenwischerei: abgesehen davon, dass Psychiatrie-Erfahrene (oder ihr Umfeld) durchaus auch unter dem eigenen auffälligen Verhalten oder der inneren Problematik leiden – es gibt zur Individualisierung und Toleranzerweiterung einen Gegentrend, und Normen werden mit fortschreitender gesellschaftlicher Entwicklung mitunter auch strenger, unnachgiebiger und stärker verinnerlicht. Der Konformitätsdruck steigt in einigen Bereichen. Es entsteht die Frage, um welche Normen es geht: in der Arbeitswelt z.B. scheinen mir die Anforderungen, insbesondere an die

so genannten »Schlüsselqualifikationen« (Flexibilität, Belastbarkeit, kommunikative Kompetenz, Durchsetzungsvermögen bei gleichzeitiger Teamfähigkeit, Komplexitätsdenken etc.) sehr angestiegen zu sein – Arbeitsplätze, die in dieser Hinsicht »Nischenqualität« hatten, sind wegrationalisiert worden. Da kommen oft schon psychisch ganz Gesunde nicht mehr mit. Die möglichen Wohnsituationen sind hingegen vielfältiger und offener geworden: eine Wohngemeinschaft ist keine ungewöhnliche, sondern eine akzeptierte und von manchen Bevölkerungsgruppen favorisierte Wohnart – da fallen Psychiatrie-Erfahrene in einer betreuten Wohngruppe nicht besonders auf. Und wenn ich vor vierzig Jahren als berufstätige (oder auch nicht berufstätige) Frau allein, ohne Familie oder Ehemann eine Wohnung bewohnt hätte, hätte man allein schon deswegen über mich getuschelt – heute machen in Ballungszentren die Single-Haushalte fast die Mehrzahl aus. Dies sind gegenläufige Entwicklungen, von denen manche uns Psychiatrie-Erfahrene ausgrenzen oder noch stärker auszugrenzen drohen, von denen einige andere uns zugute kommen. Zudem sind es völlig unterschiedliche Lebenswelten und -zusammenhänge, aus denen wir Psychiatrie-Erfahrenen kommen, bzw. in die wir wieder oder erstmalig eingegliedert werden sollen. Zwangsnormalisierung kann jedenfalls nicht das Ziel sein.

Was ist diese viel beschworene Normalität eigentlich? Für mich eine hochindividuelle Angelegenheit. Die Normalität meines Nachbarn, der mit mir auf der gleichen Etage wohnt, ist eine völlig andere als meine. Er hat ein anderes Alter und Geschlecht, stammt aus einem anderen Milieu, hat einen anderen Beruf und Tagesablauf, benutzt andere Verkehrsmittel, und, wie ich manchmal mitbekomme, hört

völlig andere Musik. Was für ihn normal oder selbstverständlich ist, wäre für mich befremdlich – und umgekehrt. Was in meiner Familie Gültigkeit und Wert hat, wird in anderen Familien vielleicht abgelehnt. Was mir in der Psychiatrie als Normalität vermittelt wird – Frühstück um acht, Mittagessen um zwölf, Abendessen um sechs – ist eine fiktive, nur erdachte Normalität. Wenn ich in die Psychiatrie komme, finde ich dort eine für mich fremde Welt vor: zum einen die vielen fremden Leute, mit denen ich womöglich noch meine persönlichsten Angelegenheiten besprechen muss oder die sonst darin Einblick oder sogar darüber Entscheidungsbefugnis erhalten. Ich werde darin mit Tagesabläufen, Beschäftigungen, Umgangsformen und Kommunikationsstilen konfrontiert, die ich sonst nirgendwoher kenne.

So gelungen das Netz ambulanter Versorgung auf den ersten Blick manchmal aussehen mag – ist es wirklich Sinn der Sache, dass Psychiatrie-Erfahrene zwar dem Namen nach »in der Gemeinde« leben – was das eigentlich sein soll, möchte ich auch einmal genauer betrachtet wissen – aber sich dennoch rund um die Uhr nur in psychiatrischen Strukturen aufhalten: die betreute Wohngruppe, die WfB oder Tagesstätte, Freizeit ausschließlich in der Kontaktstelle – für einzelne wird es immer gut sein, dass dieses möglich ist. Aber dadurch wird Ausgrenzung nicht aufgehoben, sondern nur unsichtbar gemacht.

Ich habe den Eindruck, dass gerade auch die Sozialpsychiatrie wegen der ungeheuren Schwierigkeit der realen Integration sich manchmal damit begnügt, für Psychiatrie-Erfahrene solche künstliche Ersatzwelten zu schaffen – in denen es manchmal übrigens durchaus idyllisch zugeht –

die die Weltfremdheit sowohl der Psychiatrie-Erfahrenen, aber auch der darin tätigen Profis eigentlich nur fördern. Ein kleines Beispiel zum Thema »künstliche Welt« kann ich mir nun doch nicht verkneifen: Da macht diese eine Einrichtung, auch heute noch, immer diese Freizeitgruppe, dienstags um halb zehn Uhr vormittags. Diese Gruppe hat einen besonders hehren Anspruch: man will da auch meine Freizeitgestaltung zurechtrücken und in sinnvolle Bahnen lenken. Bis dato war ich mit meinem Freizeitverhalten zwar so einigermaßen zufrieden, aber was soll's, umfassende Hilfe, mitgefangen. Problematischer war schon diese Tageszeit: seit vielen Jahren habe ich dienstags um halb zehn eigentlich nie Freizeit. Wenn doch, liege ich vielleicht gerade an einer schönen Küste herum oder mit Fieber im Bett. Oder aber ich kaufe Lebensmittel ein oder telefoniere mit irgendwelchen Behörden herum. Vielleicht rufe ich sogar gerade den netten Herrn vom Paranus Verlag an, um ihn mal wieder zu belästigen. Jedenfalls: die Freizeiteinrichtungen, die ich so normalerweise nutze, sind um diese Zeit meistens geschlossen. Die Menschen, mit denen ich sonst meine Freizeit verbringe, waren auch nicht dabei in dieser Einrichtung. Ein Telefon gab man mir nicht in die Hand, und Schwimmen stand an einem anderen Tag auf dem Stundenplan. Worauf lief es also hinaus? In drei von vier Fällen auf Gesellschaftsspiele. Ich spiele sonst nie Gesellschaftsspiele, außer wenn ich Kinder hüte. Der Name »Malefizgruppe« hätte also besser gepasst. Was die anderen Fälle angeht: ich persönlich gehe noch einigermaßen gern in Kunstausstellungen. Aber lieber allein oder mit meiner kunstbeflissenen Freundin. Es gibt jedoch auch Psychiatrie-Erfahrene, die sich überhaupt nichts aus Malerei machen. Besonders nicht, wenn sie sich gerade schlecht fühlen. Schon gar nicht in einer »therapeutischen« Zwangsge-

meinschaft. Erst recht nicht unter Androhung von Sanktionen bei Nichtteilnahme. Geld kostet so etwas oft auch noch … Das ist wieder so eine Sache – zwar gut gemeint, aber ob das noch den erwünschten therapeutischen Effekt haben kann?

Was fehlt mir? Nun haben z.B. – teilweise mit reichlicher Verspätung übrigens – die Einrichtungen entdeckt, dass Psychiatrie-Erfahrene oft durchaus den Umgang mit Computern lernen können oder wollen. Das wird unsere neue und vielleicht wichtigste Kulturtechnik sein. Also bieten diese Einrichtungen nun Computerkurse für ihre Besucher/innen / Nutzer/innen an. Das ist schön. In der Stadt gibt es aber schon zahllose kommerzielle und nichtkommerzielle Anbieter solcher Kurse. Oft sind auch Kurse dabei für Zielgruppen, die Berührungsängste mit dieser Technik haben oder bei denen langsam vorgegangen werden muss. Weshalb animiert man die Psychiatrie-Erfahrenen nicht eher dazu, solch einen Kurs in Anspruch zu nehmen? Meinetwegen zu zweit oder zu dritt? Bewegungsangebote müssen auch nicht immer auf psychiatrischem Boden stattfinden. Ich habe mal gehört, es gäbe da so genannte »Sportvereine«. Und zudem auch von diversen Anbietern Angebote für ausgesprochene Bewegungsmuffel. Tja, und wenn denn in der Psychiatrie schon dauernd Gesellschaftsspiele gespielt werden müssen – weshalb lädt man nicht den lokalen Spieleverein ein, mal neue Spiele vorzustellen? Vielleicht möchte ein Psychiatrie-Erfahrener dort sogar Mitglied werden oder etwas mitmachen? Wo bleibt überhaupt die Kooperation mit nichtpsychiatrischen Institutionen? Es ist schön, dass es Klinikseelsorger gibt und die Psychiatrie wieder mehr Interesse für die Religiosität der Patient/inn/en zeigt – aber wo und wie werden

Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen als Mitglieder der Ortskirchengemeinde wahrgenommen und berücksichtigt? Dürfen sie sich vielleicht sogar einbringen? Oder werden sie doch bloß zu Objekten der Barmherzigkeit bzw. kann der/die Pfarrer/in an ihnen seine psychotherapeutische Zusatzausbildung erproben? Unser hiesiges Sozialpfarramt macht zahllose Veranstaltungen zu allen möglichen Themen und sozialen Fragen. Die Lage Psychiatrie-Erfahrener in unserer Stadt kam dort noch nie vor, das wird immer nur psychiatrieintern diskutiert.

Noch kurz ein Wort zum Verhältnis Psychiatrie und Gesellschaft. Bei einem dieser psychiatrischen Fachvorträge, zu denen normalerweise immer nur Insider hinkommen, war einmal ein völlig ahnungsloser, aber interessierter Bürger anwesend. Er kannte den Begriff »Sozialpsychiatrie« nicht. Offenbar dachte er, »sozial« beziehe sich irgendwie auf Gruppen, auf die Gesellschaft – und so fragte er, ob die Sozialpsychiatrie sich zum Ziel gesetzt habe, gleich ganze Gruppen von Menschen oder gar die ganze Gesellschaft zu heilen. Dazu zweierlei: bei dieser Frage fiel mir die Wortschöpfung »Individualpsychiatrie« ein. Und was die Heilung der gesamten Gesellschaft angeht (sie könnte etwas Heilung manchmal ganz gut brauchen): nein, ich will auf gar keinen Fall, dass die psychiatrische Versorgung immer mehr Aufgaben übernimmt, sich immer mehr ihre Klientel selber schafft – das Parkinsonsche Gesetz[1] gilt anscheinend doch nicht nur für Verwaltungen –, immer mehr Men-

1 Die personelle Ausdehnung von Verwaltungsapparaten hat nach diesem ironischen Gesetz über das Wachstum der Bürokratie die Tendenz, über den am tatsächlichen Arbeitsanfall orientierten Bedarf hinauszuwuchern, d.h. die bürokratische Arbeit in Behörden und Unternehmen wird so lange ausgedehnt, bis sie die zur Verfügung stehende Zeit ausfüllt. vgl. Cyril Northcote Parkinson: Parkinsons Gesetz, Boston 1957

schen, aufgrund welcher medizinischen, gesellschaftlichen oder menschenbildbedingten Umstände auch immer, als »psychisch krank« diagnostiziert werden. Ich las jedoch, dass psychische Erkrankungen in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen haben und die WHO prognostiziert, sie würden in Zukunft noch sprunghaft zunehmen. Welche Gründe mag das wohl haben? Demographische vielleicht, oder vielleicht schafft sich die Psychiatrie gar ihre »Objekte« selbst. So frage ich mich, ob es nicht doch sein könnte, dass wir aufgrund der Lebensverhältnisse, die wir uns selber schaffen, psychische Krankheiten provozieren.

»Das Leben schreibt manchmal Geschichten,
wie sie sich niemand ausdenken kann.«

Geschichte, ein Leben lang

Biografisches und »ressourcenorientiertes« Vorgehen

Man kann uns Psychiatrie-Erfahrene in viele Gruppen einteilen. Zum Beispiel nach unterschiedlichen Diagnosen, nach typisierten Krankheitsverläufen, nach besonderen Problemstellungen. Man kann soziologische Untersuchungen anstellen und daran herumrätseln. Ich will mich da nicht einmischen. Ich gehe von einer anderen Perspektive aus. Nach meinem Dafürhalten sind Psychiatrie-Erfahrene sehr, sehr unterschiedliche Menschen – auch dann, wenn sie die gleichen Diagnosen verpasst bekommen oder nach außen hin ähnliche »Krankheitsverläufe«haben. Nicht nur, weil sie z.B. ein unterschiedliches Geschlecht oder beim Auftreten der psychischen Probleme ein unterschiedliches (und womöglich »untypisches«) Alter haben. Es gibt Menschen, die von ihrer Herkunft her eine große Weltoffenheit mitbringen, andere sind sehr behütet in einem engen Kreis aufgewachsen. Manche stammen aus klar oder weniger klar erkennbaren Problemfamilien, andere aus einem sehr intakten Zuhause. Einige sind, über kurz oder lang, sehr flexibel darin, sich auf ein verändertes Leben einzustellen, andere können diese Umstellung nicht mit sich (oder ihrer Umgebung) vereinbaren. Die persönliche Deutung des psychisch Erlebten ist unterschiedlich, ebenso die Art und Weise, in der die Psychiatrie betrachtet wird. Häufig, so wie

das bei vielen Menschen der Fall ist, sind diese scheinbaren Gegensätze dann auch noch in einer Person vermischt vorhanden. Worauf ich hinauswill: wir haben alle eine besondere Biografie. Und psychische Erkrankung zeichnet sich m.E. gerade dadurch aus, dass Identität und Biografie bedroht sind. Es kommt tragischerweise vor, dass, bedingt durch eine psychische Erkrankung, Menschen vorzeitig sterben. Aber eigentlich ist dies nicht, wie bei manchen schweren körperlichen Erkrankungen, eine zwangsläufige Folge. Wohl aber werden durch psychische Erkrankungen Biografien vielfältig und massiv ge- bzw. zerstört. Ich habe nicht besonders viel gegen eine Bekämpfung der Symptome einzuwenden, besonders dann nicht, wenn die Betreffenden unter diesen Symptomen sehr leiden. Aber was eigentlich geheilt werden müsste, ist die Biografie. Eine Biografie, die im Übrigen im Wesentlichen eine Geschichte ist, auch wenn der/die Betreffende sie nicht einem Außenstehenden erzählen kann oder mag – man trägt sie ja doch mit sich herum. Vielleicht als einzigen Besitz. Diese Lebensgeschichte darf nicht mit einer anderen Geschichte verwechselt werden: der Krankengeschichte. Wenn diese Biografie sogar für den/die Betreffende selbst nicht mehr erzählbar ist – dann ist da ein wirkliches Problem. Dort, wo ich wirklich gute Psychiatrie erlebt habe, war sie immer biografisch orientiert. Sie meinen, das sei doch ein allzu großer Aufwand, überhaupt nicht zu leisten? Ich kann etwas anderes erzählen: In einem einigermaßen konservativen und medikamentengläubigen Landeskrankenhaus traf ich auf eine Ärztin, die mich vom vorigen Aufenthalt her noch kannte und mir offenbar gut zugehört hatte. Es wurde ein wirklich guter (und zudem noch kurzer und erfolgreicher) Aufenthalt. In einer ganz ausgeklügelt modernen Sozialpsychiatrie hingegen lief alles schief, was nur schief gehen konnte – ich

kannte diese Mitarbeiter/innen und Einrichtungen nicht, sie kannten mich nicht. Mag sein, dass an mancher Stelle, in manchen Momenten ein großer Handlungsdruck da ist, zu wenig Zeit oder Personal etc. Aber es gibt doch auch andere Bereiche, in denen sehr viel mehr individuelles Vorgehen möglich ist oder wenigstens sein müsste. Nein, ich glaube nicht, dass sich meine Psychosen mit linearer Kausalität aus einem einzigen vergangenen Ereignis meines Lebens heraus erklären lassen. Auch eine bruch- und nahtlose Einbettung der psychotischen Erlebnisse in mein bis dahin gelebtes (Innen-)Leben will mir nicht gelingen. Sensationellen Berichten von Aufsehen erregenden, plötzlichen Wunderheilungen stehe ich eher skeptisch gegenüber. Ich bin auch kein Mensch, der beständig in der eigenen Vergangenheit herumstochern möchte. Aber ein Leben, in dem zwar Ärztinnen und Ärzte ständig behaupten, ich sei doch »schön stabil«, ich selbst kann jedoch in diesem Leben keinen inneren Zusammenhang erkennen und den äußeren Zusammenhängen keinen Sinn abgewinnen – das ist eine trostlose Ödnis, aus der man sich bloß noch verabschieden möchte. Eine Lebensgeschichte aber, eine Herkunft und Vorstellungen über unsere Gegenwart und Zukunft, bringen wir Psychiatrie-Erfahrenen alle mit. Ich möchte, dass diese nicht nur das Schwergewicht in der Behandlung bildet, sondern dass diese Lebensgeschichte auch respektvoll behandelt wird. Und leider habe ich an mancher Stelle den Eindruck von unschöner Gleichmacherei. Das Kapitel Medikamente kommt später, aber wenn man/frau nichts anderes mehr ist als ein/e Kandidat/in für soundsoviel ml. Normalin, dann ist das nicht nur ein trauriges, sondern ein schauriges Ergebnis. Oder wenn man meint, eine Konzeption müsse unbedingt durchgezogen werden, die Klient/inn/en müssten sich dem halt anpassen – da tut die

Psychiatrie nicht nur uns keinen Gefallen, sondern auch sich selbst nicht. Es gibt das schon, Profis und Einrichtungen, denen die Lebensgeschichte und der persönliche Hintergrund der Patient/inn/en wichtig ist, aber zu vieles wird noch über einen Kamm geschoren. Wie aber kann ein biografisches, individuelles Vorgehen umgesetzt werden? Kostet das womöglich wieder mehr Geld? Letzteres weiß ich nicht. Ich weiß auch nicht, wie eine Einrichtung (welche?) konzipiert werden muss, damit sie diesem Grundsatz möglichst weitgehend gerecht wird. Das erfordert strukturelle Phantasie, und diese ist meist ziemlich mühsam.

Wohl gehört für mich dazu, dass sowohl die Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten wie im (teil-)stationären Bereich möglichst differenziert und vielfältig sind, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige Wahlmöglichkeiten haben (hierzu gehört nach Möglichkeit auch die personelle Wahlmöglichkeit) und stärker als bisher versucht wird, die Übergänge zwischen der für meine Begriffe sehr stark abgeschotteten psychiatrischen und der restlichen Welt wieder durchlässiger zu machen. Vor allem gehört für mich, an der Basis, viel Alltagsphantasie dazu, und diese ist meist relativ kostengünstig und auch sonst leichter zu haben.

In einer teilstationären Einrichtung zum Beispiel, in der mir die Pausen zwischen den Beschäftigungsangeboten (manchmal mehrere Stunden) doch sehr lang wurden, konnte ich meine Schreibmaschine mitbringen und in einem freien Raum benutzen. Woanders konnte ein Patient sein sehr großes, ungewöhnliches, aber nicht besonders lautes Musikinstrument mitbringen. Ein Patient bringt wegen seiner Rückenprobleme immer seinen eigenen Stuhl mit. Kontaktstellen kenne ich, wo die Betroffenen selbst für die anderen Besucher kreative oder sonstige Angebote machen können – und es auch tun. Im Bewegungsbereich habe

ich mir in depressiven Zeiten oft gewünscht, es würden weniger bewegungsintensive, »langsamere« Sportarten, wie etwa Yoga oder Tai Chi, angeboten werden. Ich erlebe es positiv, wenn ein Betreutes-Wohnen-Treff sich nicht in der entsprechenden psychiatrischen Einrichtung, sondern in wechselnden Lokalen in der Stadt trifft. Positiv fand ich auch, dass ich bei einem Klinikaufenthalt die Station und damit den zuständigen Oberarzt aussuchen konnte. Es war zufällig auch ein Bett dort frei, und der gesamte Klinikaufenthalt verlief entschieden besser als ein vorheriger, war auch um einiges kürzer. Positiv war auch, dass ich ambulante, alltagsbegleitende Gespräche in einer Ambulanz bei einer Therapeutin weiterführen konnte, die ich schon kannte und mit der ich gut zurechtkam – obwohl ich inzwischen im »falschen« Stadtteil wohnte. Ich hatte mich gegen eine Änderung gewehrt. In unserer Stadt gibt es einige Psychiatrie-Erfahrene, die künstlerisch tätig sind. Manchmal gibt es Lesungen oder Ausstellungen im psychiatrischen Bereich, aber meist suchen sich diese Psychiatrie-Erfahrenen nichtpsychiatrische Orte dafür aus. Darin können Profis auch unterstützen …

Die Lebenswelt eines Patienten wirklich kennen zu lernen und nicht von Büchermeinungen oder den überwiegenden Erfahrungen auszugehen, ist ebenfalls wichtig. Sonst kann es vorkommen, dass zur Angehörigenvisite Angehörige eingeladen werden, die keine besonders engen Bezugspersonen des/der Psychiatrie-Erfahrenen darstellen. Die vielleicht die Erkrankung nicht einmal richtig kennen und nicht einmal beurteilen können, ob der/die Patient/in nun eigentlich »psychotisch« oder »nicht psychotisch« sei. Dann kann es vorkommen, dass diejenige Angehörige, welche tatsächlich eine wichtige Bezugsperson darstellt, die

mein Vertrauen genießt, ansonsten eine weder verharmlosende noch übertrieben dramatisierende Sicht meiner Erkrankung hat, erst nach sieben Monaten Klinikaufenthalt eingeladen wird, wobei inzwischen die Situation schon sehr verworren und für mich besonders unerfreulich geworden ist. Sonst kann es passieren, dass die Psychiatrie darangeht, in Lebensbereiche einzugreifen, in denen ich überhaupt keine besonderen Probleme habe, sogar ein recht gutes Ansehen genieße, in denen die sozialen Beziehungen der Erfahrung nach gut verlaufen und in denen eine psychiatrische Intervention, also das Auftauchen eines Sozialarbeiters und das Führen zahlreicher Problemgespräche, eine ziemliche Störung darstellen würde.

Ich möchte mich nun dem Begriff »ressourcenorientiert« zuwenden. Interessant zu beobachten, wie das nun plötzlich modern wird. Ich will mal ein banales Geheimnis verraten: Schon vor fünfzehn Jahren und seither immer wieder bin ich einzelnen Profis begegnet, denen gar nichts anderes in den Sinn kam, als »ressourcenorientiert« zu arbeiten, obwohl es dieses Wort noch gar nicht gab. Und anderen bin ich begegnet, denen es gar nicht groß in den Sinn kam, dass Psychiatrie-Erfahrene über solche Ressourcen verfügen könnten. Nun aber, wenn man es dick in eine Konzeption hineinschreibt und überzeugend genug von sich gibt, man arbeite nach diesem Prinzip, kann man dafür sogar eine Zertifikat bekommen. Das ist in fast aller Munde. Mich erfreut das einerseits, andererseits macht es mich stutzig. Was wird denn nun auf einmal als »Ressource« betrachtet? Vielleicht doch nur wieder oberflächlich und einseitig so genannte Sekundär- und Arbeitstugenden? Werden denn die Psychiatrie-Erfahrenen selbst befragt, was sie für ihre Stärken halten? Dazu noch eine Geschichte: Es

ging mir psychisch schlecht genug, beruflich war der Ofen aus, Kontakte hatte ich auch keine, und der Blick in die Zukunft reichte frühmorgens nicht einmal bis zum Abend. Ich suchte einen ganz neuen Therapeuten auf. Als ich ihn sah: vom rein Äußeren wirkte er nicht einladend, eher distanziert und ein wenig erschreckend auf mich. Ebenfalls fand ich ihn erschreckend jung. Und diesem völlig fremden Mann sollte ich meine Leidensgeschichte, mein Scheitern, meine Hoffnungslosigkeit anvertrauen? Ich war skeptisch, aber ich hatte keine Wahl. Dann tat dieser Mensch in diesem Erstgespräch einen Glücksgriff. Er fragte mich: »Was können Sie denn besonders gut?« Nun, zu der damaligen Zeit eigentlich gar nichts. Ich sagte ihm aber etwas, was ich früher einmal gut gekonnt hatte und was mir wichtig war – übrigens ohne dass ich dafür Beweise oder Ergebnisse vorlegen konnte. Tatsächlich aber – er glaubte mir, fand, ich könne und solle das wieder aufleben lassen, und er werde mich daraufhin in Zukunft ansprechen. Eigentlich eine ganz banale Geschichte. Hinzu kommt noch, dass diese spezielle Fähigkeit nichts mit meiner beruflichen Wiedereingliederung zu tun hatte, nichts mit meinen sozialen Kontakten (jedenfalls zu dem Zeitpunkt), nichts mit Krankheitsbewältigung, Compliance, Wohnsituation o.ä. Es war mir einfach nur persönlich wichtig. Ferner war diese Fähigkeit damals auch völlig verschüttet und vergraben, und erst viele Jahre später war ich wieder einigermaßen in der Lage, sie zu aktualisieren. Aber wussten Sie, dass Ertrinkende manchmal wirklich durch Strohhalme gerettet werden? Und dass manchmal das scheinbar Nebensächliche sich als das Allerwichtigste entpuppt? Nicht nur, dass ich dadurch in der Lage war, Vertrauen in diesen Therapeuten zu fassen – es ging auch um Vertrauen in mich selbst. Ich habe mich jedenfalls jahrelang an dieser Szene festgeklammert.

Als Gegenbeispiel mal eine andere Erfahrung: Da sollte eine Mitarbeiterin für meine berufliche Wiedereingliederung zuständig werden. Sie fragte mich wohl dieses und jenes, zog aber dann völlig selbständig und ohne Nachfrage den Schluss, wofür ich am meisten geeignet sei: für einigermaßen schwere körperliche Arbeit sowie fürs Geschirrspülen en gros. In meiner Alltagsumgebung würde eine solche Einschätzung Irritation oder herzhaftes Gelächter auslösen. Den Grund für dieses Gelächter überlasse ich der Phantasie des Lesers. Die berufliche Wiedereingliederung verlief denn auch ohne weitere Inanspruchnahme dieser Beratung. Natürlich müssen äußere Gegebenheiten geregelt werden, und den Einfluss von Übung und Training auf die Wiederherstellung der Gesundheit will ich auch nicht negieren. Nur wende ich mich dagegen, wenn irgendwelche Fertigkeiten in einem für mich völlig bedeutungslosen Zusammenhang nur um ihrer selbst willen trainiert werden sollen. Meine persönlichen Ziele, Interessen oder Vorlieben mögen dem einen oder der anderen Behandler/in unerheblich, abwegig oder einseitig erscheinen. Aus meiner Sicht ist der Weg zur psychischen Gesundheit aber nur über diese persönlichen Interessen und Ziele möglich. Diese sollten angesprochen, wahrgenommen, unterstützt, wiedergefunden oder überhaupt erst einmal aufgebaut werden.

Das Wahrnehmen von Ressourcen – da fällt mir noch eine ganz bestimmte Ressource ein. Bis heute hat die Psychiatrie offenbar Probleme damit zu erkennen, dass manche Psychiatrie-Erfahrenen eine große Motivation mitbringen oder aber eine Motivation (sei es vielleicht nur im Ansatz) im Laufe der Zeit entwickeln, mit ihrer Erkrankung leben zu lernen, möglichst gut leben zu lernen, und soweit möglich, auch noch aus dieser Erfahrung ganz anderes zu lernen. Dies könnte daran liegen, dass sich diese

Motivation manchmal in ganz andere Gestalten hüllt, als es die Profis gerne hätten oder erwarten. Vielleicht erscheint sie im Gewand einer besonderen Eigensinnigkeit, einer ganz und gar unmedizinischen Deutung der Erkrankung, einer Vorliebe für Alternativmedizin, sonstiger ungewohnter Entscheidungen. Es ist schade mit anzusehen, wenn sich diese ursprünglich richtige und wünschenswerte Motivation durch professionelle Nichtwahrnehmung und Nichtanerkennung in schlichte Abwehr verwandelt.

Zum Thema Motivation noch zwei Erlebnisse: Selten bekomme ich als Betroffene etwas über psychiatrische Prognosen mit und finde auch, man hat allen Grund, damit sehr vorsichtig zu sein. Nur: nach meiner zweiten Psychose bekam ich eine ausdrücklich günstige Prognose mit auf den Weg. Warum auch immer, vielleicht sollten die anwesenden sonstigen Gesprächspartner beruhigt werden. Ganz so gut wie diese Prognose von damals ist es mit mir womöglich auch gar nicht geworden. Aber was war das für ein ungemein motivierendes Gepäck! Das hat mich vieles durch- und überstehen lassen, auch so manche spätere Negativeinschätzung. Hierzu ebenfalls ein Gegenbeispiel: Den Angehörigen einer meiner Freundinnen ist vor Jahren von einer Ärztin mal der Satz gesagt worden »Mit Ihrer Tochter wird das immer schlimmer werden«. Der Zusammenhang dieses Satzes ist völlig in Vergessenheit geraten, aber diese negative Prognose hat leider überlebt. Nun kenne ich diese Betroffene seit vielen Jahren. Nein, eine wunderbare, traumhafte Besserung ist nicht eingetreten, nach meinem Dafürhalten gibt es aber wohl einige wichtige Fortschritte: Ihre krisenfreien Zeiten sind deutlich länger geworden. Die Zahl ihrer Kontakte hat sich erweitert und vertieft. Sie ist in eine freundlichere Wohnung gezogen. Weniger als früher hängt sie dem nach, was hätte sein können, sondern nutzt

die Möglichkeiten, die ihr jetziger Lebensstil ihr bietet. Sogar mit einem gewissen äußeren Erfolg. Von einer – womöglich noch sich beschleunigenden – Verschlechterung oder Abwärtsbewegung kann nicht im Mindesten die Rede sein. Leider aber lebt die Familie nach wie vor im Bann dieses Satzes. Er bestimmt den Umgang mit der Erkrankung, den Umgang miteinander und den Blick in die Zukunft. Dieser Satz haftet und lastet wie ein Fluch. Man möchte katholisch werden und Weihwasser darauf schütten.

Was bedeutet für mich sonst noch »Ressourcenorientierung«? Es bedeutet, die Tür zur Möglichkeit einer Verbesserung des Befindens und der Situation niemals zuzuschlagen. Nicht irgendwelche utopischen Perspektiven an die Decke zu projizieren, aber auch nicht, sich abzuwenden oder ganz und gar abzufinden mit einer scheinbar dauerhaft schlechten oder stagnierenden Situation. Noch etwas Pragmatisches: auch ich habe Schwächen und mancherlei Probleme, die vielleicht für Psychose-Erfahrene typisch oder vielleicht auch untypisch sind. Nun wollte sogar ich selbst gern etwas daran ändern, sowohl mit als auch ohne professionelle Unterstützung. In einigen Fällen klappte das, gut oder ein wenig, bei anderen Dingen tat sich, trotz beiderseitiger Anstrengung, gar nichts. Irgendwann habe ich die Strategie gewechselt. Statt mich und meine Nerven völlig nutzlos aufzureiben versuche ich, diese erkannten Schwächen mit oder ohne Hilfe von außen (nicht nur psychiatrischer) so weit »in Schach« zu halten, dass mir daraus keine übermäßig großen Ärgernisse entstehen. Ansonsten konzentriere ich mich lieber auf das, was sich als meine Stärken erwiesen hat, lebe mich da aus und versuche, diese auszubauen. Es kann sogar manchmal gelingen, das eine durch das andere auszugleichen. Manchmal haben

Profis – wie erwähnt – die Schwierigkeit, unsere Stärken oder Fähigkeiten überhaupt zu entdecken. Und manchmal haben wir selbst Schwierigkeiten, diese Fähigkeiten überhaupt noch wahrzunehmen, auch im Sinne von für wahr zu halten. In unserer Gesellschaft gilt der Satz: »Jeder ist seines Glückes Schmied«. Ein sehr zwiespältiger Satz. Wenn ich es aber nicht mehr schaffe, den Schmiedehammer auch nur anzuheben? Dann müssen die Ressourcen von professioneller Seite gesucht oder einfach auch mal zugesprochen werden.

Empowerment – ein schöner Begriff. Nur zögere ich, ihn in professionelle Hände zu geben. Vielleicht wird doch nur wieder eine der vielen pädagogischen oder sonstigen therapeutischen Konzeptionen daraus. Ich sehe schon diese angestrengten Bemühungen vor mir, uns zu »empowern«. Und dann die Enttäuschung, wenn wir uns nicht so einfach empowern »lassen«. Wenn wir lieber herumsitzen wollen. Doch noch krank oder abhängig bleiben. Empowerment bedeutet für mich etwas anderes: Psychiatrie-Erfahrene darin unterstützen, eigene Wege gehen zu können, eigene Ideen zu verwirklichen. Ihnen dabei keine Steine in den Weg zu legen, sondern eher einen für uns zu schweren Stein mal wegräumen zu helfen. Vielleicht mal beratend zur Seite stehen. Sich auf ein gemeinsames Projekt mit Psychiatrie-Erfahrenen einlassen, dabei das eine oder andere vertretbare(!) Risiko eingehen. Mit einer wichtigen Information, wie sie manchmal nur Professionelle haben können, nicht hinter dem Berg halten. Mal eine interessante Idee an Psychiatrie-Erfahrene herantragen. Ich habe solche erfreulichen Beispiele inzwischen erlebt. Wer weiß, vielleicht ist sogar dieses Buch eine Art Empowerment-Projekt – auch wenn es viel von »Auspowerment« hatte …

»Die Welt wird dem Menschen
erst durch den Menschen interessant.«

Unbekannt

Psychiatrie-PatientInnen sind personenorientiert

Die Rolle der persönlichen Beziehungen

Es gibt bestimmt Fragen, die in der Fachwelt wichtiger erscheinen als das, worüber ich in in diesem Kapitel sprechen möchte: beispielsweise, ob nicht die Fachkliniken alle aufgelöst werden und an Allgemeinkrankenhäuser angegliedert werden sollen, oder ob Spezialisierung besser bzw. schlechter ist als Sektorisierung. Bei allen diesen Diskussionen wird oft das vernachlässigt, was aus meiner Sicht das Allerwichtigste ist: die persönlichen Begegnungen, die man und frau erfährt. Sei es innerhalb der Psychiatrie – davon soll hier überwiegend die Rede sein. Genauso wichtig sind aber auch die Beziehungen außerhalb der Psychiatrie – wie fühle ich mich von meinen Angehörigen aufgenommen und verstanden, habe ich noch Freundinnen und Freunde, wie sieht es mit ganz Außenstehenden aus, z.B. Arbeitgebern und Nachbarn? Oder wie fühlt es sich an, wenn solche Beziehungen fehlen?

Es gibt doch inzwischen eine ganze Reihe mehr oder minder ausführlicher und zum Teil auch veröffentlichter Erfahrungsberichte. Man könnte sich diese mal auf den Punkt »Beziehungen« hin genauer ansehen. Wie häufig werden Beziehungsprobleme zum Auslöser von psychischen Problemen? Welchen Anteil spielt das Ge- oder Miss-

lingen von Beziehungen bei der Gesundung? Wie wird Psychiatrie wahrgenommen – eher über ihre medikamentösen oder sonstigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten oder über die Beziehungsgestaltung?

Bevor ich auf ähnliche Fragen eingehe, möchte ich erstmal ein Missverständnis aufzuklären versuchen.

Über Menschen mit Psychosen wird nicht nur gesagt, dass sie oft Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung hätten – das geht noch an, denn wenn ich mir Menschen ohne Psychosen ansehe, verlaufen da Beziehungen häufig ebenso schwierig, schräg oder für mich befremdend. Ich habe auch manche Zweifel, ob die Arten von Beziehungen, wie sie heute bei uns als »normal« und »gesund« gelten, wirklich ideale Beziehungsformen sind. Doch es geht so weit, dass Menschen mit Psychosen an mancher Stelle nachgesagt wird, sie hätten überhaupt kein besonderes Interesse an Sozialkontakten. Dem möchte ich auf verschiedenen Ebenen energisch widersprechen. Zunächst eine etwas gewagte These: Ich meine, dass allein schon die Psychose-Inhalte häufig sehr starke soziale Bezüge aufweisen. Stimmenhören zum Beispiel – vielleicht ist der Gesprächspartner bloß imaginiert, vielleicht werden die Stimmen als beängstigend oder bedrohlich erlebt – aber es ist ein, wenn auch bloß subjektiv erlebtes, soziales Geschehen. Größenideen, auserwählt oder verdammt sein, verfolgt oder manipuliert werden – das alles setzt Vorstellungen über soziale Systeme voraus, in denen ich mich bewege. Wer Beziehungsideen hat, muss vorher schon einmal erlebt haben, dass er als ein »Ich« in der Welt steht und durch eine Ansprache oder ein Ereignis gemeint sein könnte. Die modernen Medien und die Werbung wollen doch gerade die Illusion schaffen, jede/r sei persönlich gemeint – wer

aber dieser Illusion erliegt und sich plötzlich wirklich gemeint fühlt, erhält eine psychiatrische Diagnose.

In der Depression ist für mich der soziale Aspekt fast noch gravierender: trotz der körperlichen Anwesenheit von anderen, obgleich sie mit mir sprechen, fühle ich mich von ihnen isoliert. Schlimmer noch, ich fühle mich sogar von mir selbst isoliert.

Aber dieser Schluss, Menschen mit Psychosen – oder anderen Diagnosen – seien irgendwie beziehungsunfähig oder -unwillig beruht wohl eher auf der Beobachtung des häufigen Rückzugs. Dazu dies: Zum einen hatte ich schon darauf hingewiesen, dass auch Psychose-Erfahrene sehr verschiedene Menschen sind, und das Maß an Bindung und Nähe, das gewünscht/vertragen wird, ist durchaus unterschiedlich. Zweitens: Durch das Erleben einer Psychose, die Psychiatrie-Aufenthalte und die sonstigen Probleme, z.B. Arbeitslosigkeit, die damit verbunden sind, fällt man aus allen möglichen sozialen Bezügen eigentlich ohne eigenes Zutun heraus.

Psychiatrie-Erfahrene können häufig viele Rollen, die für andere Erwachsene selbstverständlich sind, nicht einnehmen: das fängt bei einer durchschnittlichen Konsumentenrolle an, geht weiter über die Rollen des Autofahrers (was bedeutet fehlende Mobilität in unserer Gesellschaft?), des Arbeitnehmers (oder gar Arbeitgebers?), über die Partner- oder Elternrolle oder wenigstens in der Herkunftsfamilie die Rolle des erwachsenen und damit entwachsenen Kindes. Nicht einmal für Versicherungen bin ich mehr interessant. Hinzu kommt noch das schmerzhafte eigene Erleben der Diskrepanz zu den so genannten »Gesunden« mit ihrer Dynamik, ihrer Tatkraft und ihren Erfolgen. Doch was diesen beobachteten Rückzug anbelangt – dabei fehlt mir ein wenig unsere Sicht. Zunächst einmal muss ich fest-

stellen, dass in Gruppen, in denen Psychiatrie-Erfahrene unter sich sind, oft – nicht immer – eine ganz andere Dynamik herrscht als in professionell angeleiteten Gruppen. Wenn gerade während einer psychischen Krise innerhalb oder außerhalb der Psychiatrie negative Erfahrungen gemacht werden, bei denen Psychiatrie-Erfahrene herablassend, abwertend oder sonst wie verletzend behandelt werden, ist das auch ein verständlicher Grund, Misstrauen aufzubauen oder auf weitere Gesellschaft zu pfeifen. Zum anderen: Ich denke, ich bin ein geselliger Mensch. Dennoch habe ich häufig und über längere Phasen das Bedürfnis nach Alleinsein. Nicht, weil es unbedingt schöner ist oder ich menschenfeindlich eingestellt wäre. Eigentlich müsste das für Profis auf der Hand liegen: da ist die Rede von einer erschwerten Verarbeitung äußerer Reize. Nun sind aber gerade zwischenmenschliche Begegnungen für mich im übertragenen wie im wörtlichen, in positivem wie im negativen Sinne das »Reizvollste«, was ich kenne. Ein voller Schreibtisch, ein wenig Großstadtgetümmel oder ein laufender Fernseher kommen nicht dagegen an. Schlicht und ergreifend: Soziale Kontakte sind etwas Anstrengendes – ganz unabhängig davon, ob ich die betreffende Person gern habe oder zum Mond schießen könnte. Was meine Beobachtung bei anderen Psychiatrie-Erfahrenen, die wirklich sehr isoliert und zurückgezogen leben, angeht: Fast immer wird dieses leidvoll erlebt, etwas anderes herbeigewünscht.

Was bedeutet dies im Blick auf die Psychiatrie? Wenn ich an »gute« psychiatrische Behandlung denke, spielen für mich Medikamente eine untergeordnete Rolle. Auch das Zusammenstecken von Heftstreifen, irgendwelche wahrscheinlich furchtbar tiefsinnigen bewegungstherapeutischen Übungen sind ebenso an mir abgeglitten wie das

Herumstümpern auf dem von mir gehassten Orffschen Instrumentarium. Das hatte, um ganz ehrlich zu sein, alles relativ wenig Effekt. Woran ich denke, sind Personen, Gesichter, Namen und erlebte Szenen mit diesen Personen. Positives: Jemand, der sich sofort viel Zeit nimmt, als er sieht, dass ich in einer bedrängten Lage bin, und mir lange zuhört. Jemand, der aufmerksam zuhört, wie ich aus der Antwort oder der Wiedergabe des von mir Gesagten entnehmen kann. Herzlichkeit und Wärme, die mir entgegengebracht werden. Ermutigung und eine positiv getönte Haltung mir gegenüber, obgleich ich selbst zu der Zeit keinen Anlass für diesen Optimismus sehe. Eine wohlwollende Kritik, durch die ich mich als Gesprächspartner/in ernst genommen fühle. Mitgefühl (nicht herablassendes Mitleid) und Mittrauern um das Verlorene, ein zur richtigen Zeit gesagter Satz, der im Laufe der Jahre Wirkung entfaltet. Eine bewusste Wendung im Gespräch, die mein Gefangensein in mir und meinen Problemen auflockert. Manchmal einfach nur ein kleiner Smalltalk am Rande – denn auch dies ist Normalität.

Und Negatives: Gar keine Beziehung, sondern ein Mir-selbst-überlassen bleiben. Eine sehr pessimistische Erwartungshaltung. Misstrauen, der Eindruck, ich würde bewusst etwas vortäuschen. Informationen von mir, die verdreht oder völlig falsch wiedergegeben werden. Unterlassenes Nachfragen vor der Beurteilung. In wehrlosem Zustand etwas aufgedrängt bekommen. Ein arrogantes Abgebügelt-werden. Hintergangen werden. Offensichtliches Desinteresse. Zu großer Erfolgsdruck auf Seiten eines Profis. Jemand, der sich soeben noch völlig normal mit einem Kollegen unterhielt, zu mir gewendet, in eine Art Kindergartensprache verfällt. Obwohl ich der Meinung bin, dass in der Psychiatrie auch mal gelacht werden darf – täte

ganz gut – für eine überanstrengte gekünstelte Fröhlichkeit bin ich genauso wenig zu haben wie für unangebrachtes professionelles Gelächter über Psychiatrie-Erfahrene oder Psychosen – sehr entwürdigend.

Mir geht es inzwischen sogar so, dass ich mich bei ganz neuartigen Projekten oder einer anscheinend sehr betroffenenorientierten Konzeption erst einmal abwartend verhalte. Was dann in der Realität daraus wird, hängt sehr wesentlich von den Personen ab, die diese Konzepte verwirklichen. Gute Absichten oder wohlklingende Worte zu Papier zu bringen, ist natürlich auch eine Kunst – aber nicht die Kunst, auf die ich als Psychiatrie-Patient/in überwiegend angewiesen bin. Selbstverständlich sind Strukturen und Konzepte für uns Betroffene wichtig – ich meine aber, dass viele Psychiatrie-Erfahrene sich weniger darüber, sondern vielmehr über den persönlichen Kontakt orientieren. Daraus ergeben sich für mich zwei Fragen. Erstens: Welche Eigenschaften sollten psychiatrische Mitarbeiter/innen mitbringen? Und zweitens: Kann dieser Orientierung an Personen, eher als an Strukturen, organisatorisch Rechnung getragen werden?

Zum Ersten. Was wünsche ich mir für Eigenschaften bei Profis? Ich komme nicht umhin – als Erstes muss ich eine gute Fachlichkeit nennen. Was nützt mir die schönste Menschenfreundlichkeit, wenn Informationen falsch oder verwaschen sind, eine falsche Diagnose gestellt wird, mit den Medikamenten Murks gemacht wird, Psychotherapie mich noch tiefer in eine Krise hineintreibt. Leider, leider, so etwas soll vorkommen, nur mit Rücksicht auf die betreffenden Profis nenne ich keine Beispiele. Was aber die persönlichen Eigenschaften angeht, eigentlich ist die Liste längst

bekannt: Interesse für den Patienten/Klienten, Einfühlsamkeit, Echtheit, partnerzentriertes Vorgehen, kommunikative Kompetenz und Alltagsnähe[1]. Bei einer solchen Aufstellung frage ich mich natürlich auch: Dürfen in der Psychiatrie nur Heilige arbeiten? Einem sehr cholerischen Charakter würde ich vielleicht eine solche Arbeit nicht anraten. Aber auf diese Frage zwei Antworten: Zum einen – ich sagte ja bereits, dass in der Psychiatrie auch sehr unterschiedliche Menschen arbeiten. Diese nehme ich natürlich auch unterschiedlich wahr: da ist jemand, der mir viel Ermutigung und Geduld entgegenbringt, und ich freue mich. Ich kenne aber auch z.B. einen Mitarbeiter, der auf den allerersten Blick nun so gar nichts Einladendes, Herzliches hat – aber auf der Station ist dieser Mensch ein Lichtblick. Jemand umfängt mich vielleicht mit viel Wärme und Herzlichkeit – aber sachliche oder Rechtsfragen bespreche ich vielleicht doch eher mit dieser etwas herben Frau dort. Alle wissen auch, dass Einschätzungen durch Psychiatrie-Erfahrene manchmal sehr unterschiedlich sein können – Profis, zu denen ich Distanz halte, werden von anderen vergöttert, solche, zu denen ich ein unproblematisches Verhältnis habe, von anderen abgrundtief gehasst. Die zweite Antwort: Bei einer Behandlung durch Supermänner und -frauen, die so gar keine menschliche Schwäche mehr aufweisen, käme ich auch in Schwierigkeiten. Gerade, wenn es mir selbst schlecht geht und ich mich am Boden zerstört fühle, ist da sowieso schon eine ungeheure Kluft. Schauen wir uns das mal genauer an: Da sitze ich also als Klient/in meinem Gesprächspartner gegenüber. Ich fühle mich miserabel, habe keinen Job und keine Perspektive, meine Beziehungen sind

1 Wolfgang Voelzke: Wie erleben Psychiatrie-Erfahrene Beziehungsqualität? In: kerbe, Fachzeitschrift der Sozialpsychiatrie, Heft 3/1998, S. 17 ff.

entweder zu Bruch gegangen oder nur noch ganz wenige, wo mein Einkommen herkommen soll, weiß ich auch nicht, und es ist fraglich, ob ich überhaupt alleine wohnen kann. Alle meine schönen Lebenspläne zerschellt. Und nun sagt mir mein Gegenüber, ich solle halt keine Ansprüche stellen – an mich, an meine Zukunft – und müsse ganz kleine Brötchen backen. Ich sehe mir dieses Gegenüber an: er/sie strahlt vor Lebensfreude und Tatkraft, übt ganz offensichtlich eine qualifizierte und sicherlich gewählte Tätigkeit aus, vom Einkommensunterschied will ich mal gar nicht reden, ist vielleicht mehr oder minder glücklich verheiratet, auf dem Schreibtisch steht jedenfalls ein Foto von zwei netten Kindern, das Auto habe ich vor der Türe stehen sehen, und er/sie baut gerade in dem neuen Neubaugebiet. Ganz offensichtlich stellt der/die Gesprächspartner/in Ansprüche an sich und an das Leben. Nur mir soll das verwehrt sein – warum ich das nicht endlich einsehen will? Es gibt natürlich auch Profis, die als Personen einfach in ihrer Art arrogant sind. Zum Teil liegt aber die Arroganz nicht in der Persönlichkeit, sondern in der Rolle begründet. An solcher Stelle kann ich mir nicht genug Vorsicht und Einfühlung vorstellen.

Ich will mal versuchen, es auf einen kurzen und alltäglichen Nenner zu bringen: Profis, mit denen ich gut klarkomme, haben – zumindest nach dem, was bei mir ankommt – wirklich Spaß an ihrer Arbeit, auch an der Arbeit mit psychiatrie-erfahrenen Menschen. Sie verlangen nicht bis zum Exzess, dass ich Ihnen Vertrauen entgegenbringe, sondern sie bringen mir Vertrauen entgegen, jedenfalls eine Haltung, die signalisiert: »Sie schaffen das schon!« Sie suchen eher nach Stärken als nach Schwächen. Und, wie immer sie das machen, sie bringen eines rüber: dass es auch

noch ein Leben außerhalb von Krankheit und Psychiatrie gibt. Und dass es dieses Leben auch für mich gibt. Profis, mit denen ich hingegen nicht klarkomme – manche sind einfach desinteressiert. Doch es gibt noch Schlimmeres: Eine Haltung von manchen Profis, bei der deutlich wird: »Ich kann psychisch kranke Leute nicht mehr sehen! Was für ein schreckliches Volk! Wenn wir die nicht zu ihrem Glück zwingen …« Da ist dann vielleicht doch eher das Jahr in Australien oder der Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich angebracht.

Zur zweiten Frage – lässt sich diese starke Orientierung an Personen organisatorisch berücksichtigen? So richtig vorgesehen ist das in unserer Gesellschaft heutzutage eigentlich nicht. Ich meine, man kann aber das eine oder andere dafür tun. Zum Beispiel, personelle Wahlmöglichkeiten schaffen. Natürlich kann man oder frau sich den niedergelassenen Nervenarzt oder die ambulante Psychotherapie meistens aussuchen, aber es gibt Bereiche, in denen einem Psychiatrie-Erfahrenen feste Ansprechpartner zugewiesen werden. Wenn ein Psychiatrie-Erfahrener dann einen Wunsch nach einem bestimmten Mitarbeiter äußert oder den Bezugsmitarbeiter gern wechseln würde, wird dies manchmal kategorisch abgelehnt – dies ginge grundsätzlich nicht, vielleicht aus konzeptionellen Gründen. Ich finde, da darf flexibler gehandelt werden. Die/der Psychiatrie-Erfahrene wird schon gute Gründe für diesen Wunsch haben. Persönliche Beziehungen, die gut und vertrauensvoll verlaufen, nur aus Gründen einer internen Umstrukturierung auseinanderzureißen, scheint mir sogar fachlich unangebracht. Dann muss die tolle Strukturidee mal etwas zurückstehen. Es gibt natürlich personelle Wechsel, über die wir Psychiatrie-Erfahrenen hocherfreut sind – trotzdem

denke ich, dass an bestimmten Stellen, nämlich dort, wo Einrichtungen wiederholt oder dauerhaft genutzt werden, die personelle Kontinuität ganz wichtig ist. Wenn bestimmte Schlüsselstellen nur ein Ausbildungsabschnitt oder Karrieresprungbrett-Stellen sind, sollte vielleicht etwas anderes überlegt werden. Ach ja, und nur am Rande: die Vernetzung zwischen den Kliniken und dem ambulanten Bereich, in dem die Psychiatrie-Erfahrenen die meiste Zeit in Behandlung sind, scheint auch nicht immer gerade ideal verwirklicht zu werden. Besonders bei einem Krisenaufenthalt ist doch der Kontakt zu jenen, die diesen Betroffenen wirklich aus seinem Alltag kennen, besonders wichtig. Ich wünsche mir, dass mehr darüber nachgedacht wird, wie das besser organisiert werden könnte.

Zum Schluss eine persönliche Vorliebe: Ich habe psychiatrische Bereiche erlebt, in denen überwiegend ziemlich junge Mitarbeiter/innen tätig waren, und so gut wie keine Älteren. Das finde ich schade. Nicht nur, weil ich inzwischen selbst ein gewisses Alter erreicht habe und inzwischen den Standpunkt eines psychiatrie-erfahrenen Freundes teile, der meinte, er habe keine Lust mehr, sich von einem 20jährigen Praktikanten etwas erzählen zu lassen. Auch und gerade als ich selbst noch sehr viel jünger war, hat mir manchmal die Anwesenheit älterer Mitarbeiter/innen gefehlt. Ich hatte gehofft, bei diesen eine gewisse Gelassenheit auch gegenüber den Katastrophen, die das Leben so mit sich bringt, finden zu können. Nichts gegen jugendliche Frische und Idealismus, der Alterszynismus möge auch fernbleiben, aber auch dieser Wunsch ist verständlich: »Altwerden kann auch ein Wunschbild seinem Zustand nach bezeichnen: das Wunschbild Überblick, gegebenenfalls Ernte.« (Ernst Bloch)

»Natürlich ist das ein Unterschied,
ob ich mich mit einem Menschen unterhalte
oder mit einem Klienten.«

Versprecher eines Psychiatrie-Profis

Am Anfang war das Wort

Gedanken zur Sprache in der Psychiatrie

Es ist interessant zu hören und zu lesen, wie das von Außenstehenden empfunden wird, wenn sich beispielsweise während einer Psychose das Verhältnis zur Sprache verändert. Psychiatrie-Erfahrene versuchen auch, dieses veränderte Sprachempfinden in literarischer Form darzustellen, weiterzugeben. Und natürlich könnte ich ein wenig darüber philosophieren: wie in der Psychose der Bedeutungsaspekt von Sprache, von Zeichen, sehr viel stärker in den Vordergrund tritt. Wie einfach alles zum Zeichen, zur Sprache wird. Wie ursprüngliche, aber inzwischen überholte oder aber Nebenbedeutungen eines Wortes plötzlich wieder aktuell werden. Wie sich der Unterschied zwischen dem sprachlichen Zeichen und dem Bezeichneten bis hin zur Deckungsgleichheit verringert. Wie wichtig plötzlich die ansonsten vernachlässigte Übereinstimmung zwischen Wort und Tat wird. Der veränderte Umgang mit sprachlichen Regeln. Es gab, ich meine im 19. Jahrhundert, mal eine Theorie über Sprachentstehung, die besagte, Sprache habe sich ursprünglich aus Lautmalereien, aus laut- und zeichenhaften Analogien zum Bezeichneten entwickelt. Diese Theorie ist mittlerweile wohl überholt, aber zu meinen Psychosen hätte sie gut gepasst. Wer aber meint, das alles könne nur als Ausdruck von Krankheit, von Störung be-

trachtet werden, sollte doch einmal eine Lesung garantiert psychiatrisch unverdächtiger experimenteller Lyriker besuchen – da findet sich vieles wieder …

Der andere Pol: die Sprachlosigkeit. In meinen Psychosen erlebt als Unvermögen, den anderen das zu schildern, was ich erlebte, weil es dafür keine angemessene Sprache gab oder das Geschehen zu rasant und turbulent war. Sehr viel gravierender in depressiven Zeiten erlebt, als grundsätzliches Unvermögen, mich zu artikulieren. Mir hatte es (wer?) buchstäblich die Sprache verschlagen. Andere werden sprachlos aus übergroßer Angst, aus Schmerz, aus dem Gefühl des Bedrohtseins oder des inneren oder äußeren Untergangs. Und ganz allgemein: das Hineinreichen von psychischen Erlebnissen in Bereiche, die sprachlich entweder gar nicht oder nur sehr mühsam erfasst werden oder mitgeteilt werden können. Beispielsweise (auch ein sprachliches Phänomen) dieses so genannte Stimmenhören. Doch, das habe ich auch erfahren. Jedes Mal, wenn ich dazu in eine Diskussion mit Nichtbetroffenen verwickelt werde, bleibt ein Rest, ein sehr ungutes Gefühl, eine Irritation, so als ob jemand mit einer Nadel auf einer Glasplatte kratzt.

Und dann die psychiatrische Behandlung. Wir Psychiatrie-Erfahrenen sind ursprünglich angetreten mit der Forderung nach einer sprechenden Psychiatrie. Eine Psychiatrie, die nicht bloß *über* uns, sondern *mit* uns spricht, uns zuhört, unsere subjektive Sichtweise berücksichtigt und ernst nimmt. Eine Psychiatrie, die uns auch mitreden lässt, uns unsere Mündigkeit(!) nicht länger vorenthält. Und nach einer Behandlung, die eben auch Sprache als Behandlungsmethode beinhaltet. Das ist interessant: Sprache hat in der Medizin eigentlich eine gewisse Tradition (nicht

nur die interne Fachsprache). Sondern auch die sprachliche Kommunikation zwischen Behandler/inn/en und Patient/inn/en. Manchmal geradezu mit magischem Hintergrund, da wird ja sogar heute noch mancherorts die Gürtelrose »besprochen«. Aber in der Psychiatrie scheint das nicht immer so selbstverständlich zu sein – ich erinnere mich (gut, das ist lange her) an die Aussage einer Oberärztin, Gespräche seien gefährlich für Psychotiker – es hieß nicht »aufwühlende Gespräche« oder Gespräche über bestimmte Themen oder zu bestimmten Zeiten, nein, die Aussage war so allgemein und auch so gemeint. Sprache, Gespräch, Angesprochen- und Gehörtwerden einem Menschen zu verweigern, das heißt alles Mögliche, vor allem Isolation – nicht nur soziale Isolation, sondern auch Isolation von der Sachwelt und von sich selbst. Jedoch – bei Medikamenten fragen wir nach Nebenwirkungen und Gegenanzeigen, wie ist es denn mit der Sprache? Sie kann beispielsweise hochgradig abhängig machen. Und ich habe noch immer an den Spätfolgen so mancher danebengegangenen professionellen Äußerung zu knabbern. Und was bewirkt eigentlich Sprache? Hat sie bei psychischen Problemen die Wirkungen, die man/frau vordergründig erhofft oder beabsichtigt, oder vielleicht ganz andere, weniger messbare, und was wirkt überhaupt, der Inhalt der Worte oder das ganze Drumherum oder gar die erfahrene Zuwendung. Muss es eine sachliche Information sein, damit es wirkt, ist eine weitergegebene persönliche Erfahrung wertvoller oder ein geäußertes Gefühl, ein Kommentar vielleicht oder sogar eine phantasiegeschmückte Erzählung?

In der Psychiatrie wird viel um Begriffe und Worte gestritten. Angefangen bei dem Wort »Krankheit«, über die einzelnen diagnostischen Fachwörter, bis hin zu solchen

Neuschöpfungen wie Trialog oder Psychiatrie-Erfahrene/r. Ich streite mich da auch manchmal herum. So rede ich immer noch von Elektroschocks, auch wenn Profis das vulgär finden, weil ich mich auf »Elektrokrampftherapie« nicht so ohne weiteres einlassen kann. Und wer dafür den Begriff »therapeutische Heildurchflutung« kreiert hat, hat zwar eine gewisse poetische Begabung bewiesen, aber mehr von der Art, bei der die Poesie übel missbraucht wird. Oder es gibt für Selbsttötung den Begriff »Suizid«. Manche Psychiatrie-Erfahrenen erfahren es als Entlastung, wenn sie diesen Begriff übernehmen und zu ihrer Ärztin sagen können, sie würden von »Suizidgedanken« geplagt. Jedoch – vor oder ohne Berührung mit psychiatrischer Professionalität benutzen viele Menschen für dieses Thema andere Ausdrücke. Und der eher technisch-glatte Begriff wird oft der Komplexität dieser Frage so nicht gerecht. Wie soll ich darüber sprechen, dass ich in einer emotional düsteren Phase und einer unbefriedigenden, sackgassenähnlichen Lebenssituation Todessehnsüchte habe, ohne sie in irgendeiner Weise konkret umsetzen zu wollen? Die Psychiatrie versteht dann nämlich nur noch »suizidgefährdet«, und anstelle eines behutsamen Gesprächs über dieses so unwägbare Thema muss ich dann eine vorsorgliche Einweisung befürchten oder ich muss mit einer Person, der ich mich in keiner Weise persönlich verpflichtet fühle, einen seltsam-peinlichen therapeutischen Vertrag darüber abschließen, dass ich mir um ihretwillen bis nächsten Freitag keinen Schaden zufügen werde.

Daneben gibt es in neuerer Zeit natürlich auch so besonders schön klingende Wörter. Längst ist nicht mehr von »Insassen« die Rede, sondern von »Bewohnern«, und statt »Verwahrung« heißt es heute auch weniger »Betreuung«, sondern »Unterstützung, Begleitung, Assistenz« usw. – fin-

de ich gut, darauf habe ich lange gewartet, und ich benutze diese Sprache auch, aber schöne neue Wörter machen noch keine schönen neuen Verhältnisse. Und überall steckt der Teufel im Detail: Wenn es heute statt Betreuung nur noch Begleitung heißt, bedeutet das, dass keiner jemals mehr die Verantwortung übernimmt und kräftig Personalkosten eingespart werden können? Und schließlich werde ich dann zur »Kundin« oder »Nutzerin« umbenannt – Kundin, da denke ich doch eher an glamouröse Schaufenster und bunte Kataloge, aus denen ich mir – bei gut gefülltem Portemonnaie versteht sich – etwas Nützliches oder Überflüssiges aussuchen kann, natürlich knallhart Qualität und Preise vergleichend und meinen persönlichen Vorlieben entsprechend. Aber habe ich mir die »Krankheit« und den Aufenthalt wirklich souverän ausgewählt? Die Nutzerin gehört auch wohl mehr in die lauwarmen Fluten einer Erlebnis-Badeanstalt als in die Abläufe einer psychiatrischen Einrichtung, die ich aufsuche, weil mir nichts anderes übrigbleibt – und trotzdem ist die Psychiatrie ein Dienstleistungsunternehmen …

Dass und was *mit* uns gesprochen wird, ist die eine Sache. Nicht ganz unwichtig ist aber auch, wie *über* uns gesprochen wird. In früherer Zeit hatte ich mal das Bedürfnis, auch psychiatrische Fachliteratur zu lesen, ganz einfach, weil ich mich informieren wollte. Nicht über die rein medizinischen oder psychologischen Fakten oder Vorstellungen war ich da erschrocken, sondern über die Art und Weise, wie wir dargestellt wurden: häufig sehr objekthaft, oft abwertend, auf jeden Fall aber so, als seien wir eine ganz eigene Gattung von Lebewesen, zum Beispiel von einem anderen Stern, die nun gründlich untersucht, sozusagen seziert und dann natürlich therapiert werden müsste. Heute finde ich das weniger häufig, aber manchmal – be-

sonders in wissenschaftlichen Studien – kommt es noch vor.

Ob Psyche, Gefühle, Gedanken, Erinnerungen, Wahrnehmung sich vorwiegend in Sprache ausdrücken oder über Sprache verständlich gemacht, erreicht und beeinflusst werden können, darüber kann man spekulieren. Weil die Sprache auch Grenzen hat, wurden weitere psychiatrische Therapie-, Kommunikations- und Ausdrucksformen entwickelt im nichtsprachlichen Bereich. Da gibt es die Therapie über Bewegung, Musik, kreatives Gestalten. Ich denke hierzu zweierlei: Zum einen finde ich, auch diese sollten in einen sprachlichen Rahmen eingebunden sein. Das andere: Da muss wieder genau geguckt werden – was ist das für ein/e Patient/in / Klient/in? Ist es jemand, der sehr verbal orientiert ist? Jemand, der zu Musik und Tönen gar keine oder nur eine ganz besondere Beziehung hat? Ein Bewegungstyp oder gerade überhaupt nicht?

Aber das Wichtigste an der Sprache sind nicht die Inhalte von Begriffen oder rhetorische Fertigkeiten, sondern der Beziehungsaspekt, die Sprache als Mittel zur Verständigung. Und dort kann dann eben auch das meiste schief laufen. Das fängt damit an, dass die Gesprächssituation zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Behandler/inne/n in der Behandlung natürlich nicht symmetrisch ist. Zum einen beruht das sehr natürlich auf den unterschiedlichen Rollen – es gibt im Alltag viele kommunikative Situationen, die nicht umkehrbar sind. Einen Hausarzt frage ich auch nicht nach seinem Blutdruck, und ich wäre sehr erstaunt, wenn ein Rechtsanwalt, den ich aufsuche, mich zu einem juristischen Problem konsultieren wollte. In der Psychiatrie kommen jedoch möglicherweise viele weitere Faktoren hinzu,

die dann aber auch die Situation für mich ungemein erschweren können. Da ist zum einen die Tatsache, dass ich vielleicht Hilfe in persönlichen Fragen brauche und erhoffe oder erwarte, der/die andere könne sie mir geben. Es kommt hinzu, dass ich möglicherweise emotional anlehnungsbedürftig bin. Es kommt hinzu die verzwickte Doppelrolle einer Psychiatrie, die mich gegen meinen Willen behandeln kann. Und hinzu kommt das Selbstverständnis des professionellen Gegenübers, welches sehr unterschiedlich, zu meinem Vorteil oder meinem Nachteil ausfallen kann. Handelt es sich um jemanden, der eine unüberwindbare Kluft zwischen sich und Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sieht, der psychisch Kranke für eine ganz andere Spezies hält? Womöglich noch für Dummköpfe und (mehr oder minder absichtliche) Versager oder Schlimmeres? Ist es jemand, der gelassen mit einer großen beruflichen Erfahrung umgeht, diese weitergibt, aber nicht aufdrängt? Ist derjenige in irgendwelchen psychologischen Theorien so verfangen, dass er deren Begrenztheit und nur Teilgültigkeit nicht mehr sehen kann, nicht mehr offen ist für anders geartete Erfahrungen und Situationen? Ist es jemand, der sich wirklich für das – auch rein subjektive Wohlergehen – von Psychiatrie-Erfahrenen interessiert? Handelt es sich um jemanden, der von sich aus versucht, das vorhandene Machtgefälle so flach wie möglich oder jedenfalls so sachbezogen wie nötig zu halten? Ist es jemand, der von vornherein sowieso schon weiß, was »das Beste« für mich ist, ohne mich überhaupt näher kennen zu lernen? Ist es jemand, der mich so weit kennen lernen will, wie das für eine sinnvolle Behandlung nötig ist? Hat derjenige ein grundsätzlich negatives Bild von Psychiatrie-Erfahrenen oder einen unrealistischen Idealismus? Steht er/sie sehr unter Erfolgsdruck, »heilen« zu müssen? Oder hat er/sie sich

sowieso schon mit allem abgefunden? Dies fließt alles in die Gespräche ein: durch Wortwahl und Satzbau, durch Tonfall, Sprechtempo und Mimik, durch Besprechen und Beschweigen einzelner Themen, durch Fragen und Befragtwerden. Überhaupt: Wer stellt in der Psychiatrie eigentlich die Fragen? Sind wir diejenigen, die befragt werden, bis hin zum Ausgequetscht- und Ausgehorchtwerden, womöglich noch in Situationen, in denen wir uns nicht dagegen wehren können? Oder werden wir überhaupt gar nicht erst be- oder gefragt? Sind wir, weil wir in mancher Hinsicht die Laien, die zunächst einmal Unerfahrenen sind, diejenigen, die Fragen stellen, Fragen stellen dürfen, zum Beispiel zur Behandlung? Trotz aller heute erfahrenen Nettigkeit und Offenheit – sobald ich zum Beispiel zum Thema Medikamente eine kritische Frage stelle, ist da doch dieses gewisse Zurückschrecken. Welche Fragen werden uns denn gestellt? Natürlich habe auch ich einmal in meiner Not so einen Naturheilkundler aufgesucht. Er hat mich zwei Stunden lang befragt. Es waren viele Fragen dabei, die mir die Schulmediziner niemals gestellt hatten, die aber sehr viel näher an meinem Alltag waren, von denen ich erhofft hatte, Ärzte würden sie mal stellen.

Zur Beziehungsgestaltung noch ein Wort. Ein Beispiel dafür, wie diese sprachlich gestaltet wird und wie ich diese Gestaltung empfunden habe. Die Psychiatrie nimmt unsere Forderung nach mehr Demokratie und Gleichberechtigung durchaus ernst. So heißt es dann also »Wir treffen eine Absprache«. Das Wort Absprache bedeutet für mich aber eine zweiseitige Abmachung. Wenn sich hinter dem Wort Absprache aber eine einseitige so genannte Anweisung verbirgt, wirkt das auf mich pseudodemokratisch. Freundlich gehaltene, hierarchische Struktur wäre mir da lieber.

Noch kurz etwas zu den Inhalten, über die gesprochen wird. Uns Psychiatrie-Erfahrenen wird manchmal nachgesagt, wir nähmen es mit der objektiven Wirklichkeit, mit Daten und Fakten nicht so genau. Ich ahne auch schon, was mir blüht, weil ich in diesem Buch keine Zahlen, Statistiken und Schaubilder bringe und nicht auf jeder Seite mindestens drei wichtige Leute zitiere. Aber manchmal gibt es auch auf professioneller Seite Probleme mit den Fakten. Ich will nicht übertrieben pingelig sein: dass nicht sämtliche Stationen meines offenbar verworrenen Lebenslaufs oder die zahlreichen Personen, die zu meiner Sippschaft gehören, erinnert werden können, ist mir noch verständlich – ich bin schon froh, wenn ich das selber alles auseinanderhalten kann. Dass meine Äußerungen bei den Professionellen auf einen völlig anderen Bezugs- und Interpretationsrahmen treffen, ist schwierig, aber darum muss dann gerungen werden. Ein bisschen blöd ist es schon, wenn ein wiederholt erzähltes, für mich wesentliches Ereignis jedesmal verdreht oder falsch wiedergegeben wird, aber naja, die Leute haben viel zu tun und müssen sich viel anhören. Auch die diversen Etappen meiner Behandlung brauchen nicht ständig wiedergekäut zu werden – obwohl das vielleicht bei diesem einen Klinikaufenthalt doch nützlich gewesen wäre, wenn man sich mal die alten Berichte angesehen hätte – sie waren schließlich alle da. Pedantisch werde ich aber zum Beispiel beim Thema Medikamente. Das ist nicht nur einmal vorgekommen und nicht nur bei mir, dass Präparat und Dosierung nicht mehr erinnert wurden, sogar die Frage aufkam, ob ich denn überhaupt etwas einnähme. Verflucht, wozu sind denn diese ganzen Karteikarten und sonstigen Blätter da, wozu wird da ständig mitgeschrieben, wozu diese dicke Akte, die im Schrank vor sich hinschimmelt? Dass in einem Entlassungsbericht ein

naher und wichtiger Angehöriger als Alkoholiker bezeichnet wurde, gefiel mir auch nicht. Nicht nur gegenüber diesem Angehörigen, der das nicht einmal richtig stellen konnte und der selbstverständlich keinen irgendwie auffälligen Alkoholkonsum hatte, es taucht natürlich auch meine ganze familiäre Situation in ein anderes und falsches Licht, und dann soll ich noch den nachbehandelnden Arzt davon überzeugen, dass dies ein Irrtum der Klinik ist. Es ist eine lieb gemeinte Warnung, wenn ich im Zuge meiner beruflichen Rehabilitation über einen Stellenwechsel nachdenke und man mir zu bedenken gibt, ich hätte dadurch aber ein niedrigeres Gehalt – bloß wäre diese Warnung nur dann sinnvoll gewesen, wenn man mein derzeitiges Gehalt gekannt hätte. Dieses lag nämlich zwei Tarifstufen unter der ins Auge gefassten Entlohnung.

Eine angemessene Sprache für die breitere Öffentlichkeit über psychische Erkrankung und Psychiatrie muss auch erst noch gefunden werden, damit es endlich einmal nicht nur dabei bleibt, dass sich die Medien in sensationslustiger Manier über psychisch kranke Straftäter das Maul zerreißen. Mir ist es auch ein Ärgernis, wenn es im juristischen Bereich noch so viele »Geisteskranke« gibt. Besonders dann, wenn es sich nicht einmal um das Recht für schwerwiegende Straftaten handelt, sondern um einen sehr durchschnittlichen, überall erhältlichen Versicherungsvertrag[1].

Noch ein Wort zu uns selbst. Egal, wie jede/r von uns Psychiatrie-Erfahrenen die besonderen psychischen Erlebnisse nun einstufen mag, egal, ob wir der Psychiatrie positiv oder negativ gegenüberstehen, egal welche sprachlichen

1 Beispiel: die aktuelle Unfallversicherungspolice der Fa. Quelle

Probleme im engeren oder weiteren Sinne Professionelle für uns aufwerfen – nicht nur für uns selbst müssen wir Wege finden, unsere Erlebnisse und Bedürfnisse sprachlich auszudrücken, sondern wir müssen notgedrungen – oder weil wir das wollen – auch Wege finden, uns mit Angehörigen und manchmal weiteren Personen darüber – soweit möglich – in konstruktiver Weise zu verständigen. Und dies scheitert oft nicht nur an den unterschiedlichen Perspektiven oder Interessen, sondern auch an unserer eigenen Sprachlosigkeit, welche aber behoben oder zumindest verringert werden kann. In dem Zusammenhang habe ich, glaube ich, schon mal die Psychose-Seminare erwähnt, Selbsthilfegruppen sind auch keine schlechte Sache.

Genug über die Freuden der Rede, wenden wir uns zum Schluss den Vorzügen des Schweigens zu. Schweigen als letzte Möglichkeit, Identität zu wahren. Schweigen, um nicht am eigenen Erleben zu zerbrechen, davon überwältigt zu werden. Schweigen, weil der Mensch auch ein Geheimnis braucht. Schweigen als Ausdruck eines klaren und deutlichen »Neins« zu Lebenssituationen oder auch zu psychiatrischen Situationen, wenn alle anderen Möglichkeiten des Neinsagens unmöglich geworden oder unterbunden worden sind. Schweigen als passiver Widerstand gegen professionelle An- und Zumutungen. Schweigen aus Klugheit, damit nicht ein noch weiter in die Irre führender Weg beschritten wird oder um später noch einmal in Ruhe darüber nachdenken zu können. Schweigen, weil eine Frage wirklich zu blöd war oder ein Gespräch immerzu so haarscharf, dass es weh tut, aneinander vorbeiläuft. Geschenktes Schweigen, denn wir leben auch von Diskretion und Verschwiegenheit, dort wo sehr persönliche und intime oder peinliche Bereiche berührt werden.

Schweigen als Ruhe und Entlastung: wie schön ist es, niemandem antworten zu müssen, kein Gespräch in Fluss halten zu müssen. Schweigen auch dort, wo nicht das vermeintlich, sondern das wirklich Unsagbare erlebt wird, und die Versuche, darüber zu sprechen, an der Sache scheitern müssen. Denn worüber man nicht reden kann, darüber soll man … (Wittgenstein)

»Wenn man mich nicht fragt, was Zeit ist, weiß ich es.
Wenn man mich fragt, weiß ich es nicht.«

Augustinus

Alle Zeit der Welt

Zeitökonomie aus Patientensicht

Reden wir über die Zeit. Ich bin sicher, es gibt Literatur, in der psychische Erkrankung als Störung des Zeiterlebens beschrieben wird. Darauf wollte ich nicht hinaus. Ich möchte auch nicht diskutieren, ob manche psychische Störung überhaupt existiert oder mehr eine Frage des Unzeitgemäß-Seins ist und der Betroffene in einer anderen historischen Zeit oder in einer gesellschaftlich anders definierten und strukturierten Zeit vielleicht besser zuhause gewesen wäre.[1] Ferner will ich hier keine Geschichten zum Besten geben, wie ich und andere Psychose-Erfahrene in psychotischem Zustand alle möglichen und unmöglichen, interessanten und abwegigen, sinnvollen und sinnlosen Theorien über die Zeit aufstellen. Reden wir über die Rolle der Zeit in der Psychiatrie.

Zum einen ist psychiatrische Zeit ein knappes Gut. Mitunter für uns Betroffene ein extrem knappes Gut, nämlich gerade dann, wenn wir sie dringend brauchen. In psychischen Notsituationen setzt man sich über diese Zeitknapp-

1 Norbert Elias: Über die Zeit. 3. Aufl., Frankfurt/Main 1990;
für weniger anspruchsvolle Leser/innen mag folgendes Buch eine erhellende und mitunter amüsante Lektüre sein: Robert Levine: Eine Landkarte der Zeit – Wie Kulturen mit Zeit umgehen. 5. Aufl., München 2000

heit manchmal einfach hinweg, oft zum Ärger der Umgebung. Ein anderes Mal und auf andere Betroffene wirkt diese Zeitknappheit ärgerlich oder sogar einschüchternd. Man mag schon gar nicht mehr darum bitten. Auch ich bin bis heute angenehm überrascht, nein sogar verblüfft, wenn es Situationen gibt, in denen ich außer der Reihe und mehr als sonst psychiatrische Zeit benötige und diese dann ohne Mühe tatsächlich auch bekomme. Denn in dieser Hinsicht ist die Psychiatrie sehr wohl und sehr gut in die Gesellschaft integriert – in eine Gesellschaft, in der Zeit Geld ist. Für uns Betroffene ist Zeit selten Geld. Die Zeit in der Psychiatrie ist für uns auch keine Arbeitszeit, und häufig kann ich sie nicht einmal als Krankheitszeit, als Auszeit verstehen – es ist pure, nackte Lebenszeit. Dabei dachte ich, Zeit sei ein Heilmittel in der Medizin, auf jeden Fall aber bei psychischen Problemen. Natürlich nur qualitativ hochwertige Zeit. Trotzdem suche ich eher selten Ärzte auf. Aber wie das so ist, manchmal muss es doch sein. Zum einen gibt es natürlich noch immer die Wartezimmer, in denen man/frau als Patient/in erst einmal drei Stunden warten muss, ehe überhaupt etwas geschieht. Das ist nicht die Regel. Die Wartezimmer sind oft eher dünn bevölkert. Kein Wunder, alle Patient/inn/en wurden hübsch verteilt: einer steht halbnackt in der Umkleidekabine. Einer wartet bereits unter dem Röntgengerät. Der Dritte wartet in Behandlungszimmer Nr. 6 auf die Ankunft des Arztes, dieser aber ist noch in Behandlungszimmer Nr. 3 beschäftigt. Ist die Behandlung dann erfolgt, hat der Kontakt zum Arzt gerade mal fünf Minuten gedauert (in Extremfällen noch kürzer), und ich habe nicht nachgerechnet, wie viel Minuten er davon mit seinem Computer oder Laborberichten verbracht hat. Zum Glück ist es in der Psychiatrie heute meistens doch anders. Aber bei einzelnen Nervenärzten geht der

Trend auch hier zur sekundengenauen Fließbandabfertigung. Ich möchte nicht wissen, wie viel deshalb allein schon schief läuft, weil einfach zu wenig Zeit da ist.

Sagte ich, da wäre oft zu wenig Zeit in der Psychiatrie? Diese Medaille hat natürlich eine andere Seite: an anderer Stelle produziert Psychiatrie eine Menge überflüssiger Zeit. Tote Zeit. Zeit, die nicht mehr fließt. Wo schon mein inneres und äußeres Leben zum Stillstand gekommen ist, werde ich nun auch noch in eine Umgebung versetzt, in der alles stagniert und nichts mehr geschieht. Doch, es gibt Mahlzeiten und Medikamente. Dazwischen nur öde Langeweile[2]. Anstatt dass die stillstehende persönliche Zeit behutsam wieder angestupst wird. Behutsam: ich finde es richtig, wenn man einem Menschen, der durch die psychischen Probleme sowie die Medikamente sehr verlangsamt ist, in Sprechtempo und Motorik etwas entgegenkommt und ihn nicht mit der eigenen »gesunden« Dynamik völlig überfährt. Wochen und Monate in der Klinik verbringen, sogar übers Wochenende – da tut sich nicht viel. Aus Verzweiflung setze ich mich dann doch ins Fernsehzimmer und gucke mit den Männern Fußball. Selbst auf etlichen Beschäftigungsangeboten lastet noch diese Langeweile. Weil sie aus Ratlosigkeit entstanden zu sein scheinen: Was soll man bloß mit den Leuten anfangen? Weil sie nichts mit mir zu tun haben. Weil keine Einigung über Sinn und Zweck besteht.

2 Die ursprünglich erworbene Lektüre zum Thema »Langeweile«, in der verschiedene Arten von Langeweile unterschieden wurden (existenzielle und situative L., Langeweile durch Überfluss etc.) ist leider auf dem Verleihweg verloren gegangen. Als Ersatz kann ich anbieten: Friedhelm Decher: Besuch vom Mittagsdämon, Philosophie der Langeweile. Lüneburg 2000

Ich bin der Meinung, dass unter Zeitknappheit und Zeitüberfluss nicht nur wir Patient/inn/en leiden. Profis, die sehr hetzen, an fünf Sachen gleichzeitig denken und drei Dinge gleichzeitig tun müssen, verlieren nun mal Gelassenheit und Aufnahmefähigkeit. Komme ich dann als Patientin, als Angehörige oder Besucherin mit irgendeinem kleinen, aber für mich wichtigen Anliegen, kann es zu der Art von Entgleisungen kommen, die für uns Betroffene so verletzend sind und häufig unser Bild von der Psychiatrie prägen. Hin und wieder gibt es auch Profis, die sich von der Langeweile anstecken lassen (oder finden sie uns Psychiatrie-Erfahrene langweilig?), in eine ähnliche Lethargie verfallen wie die, unter der wir so leiden. Ein gruseliger Anblick.

Es gäbe einiges zu sagen über die zeitliche Dauer von Maßnahmen. Man kann natürlich zu kurz oder zu lang in einer Klinik oder Tagesklinik behalten werden, und ein Vertrag über Betreutes Wohnen kann zu früh aufgelöst werden – so dass die Betreffende kurze Zeit später ihren ersten Klinikaufenthalt seit Beginn dieser Maßnahme hat – oder sich viel zu lange hinziehen, wodurch der Psychiatrie-Erfahrene nicht nur verärgert ist über die aufgedrängte Unselbständigkeit und mangelnde Privatsphäre, sondern unter Umständen dafür auch noch zahlen muss. Eine »vorübergehende« Höherdosierung mag im Anschluss an einen Klinikaufenthalt vielleicht angebracht sein. Wenn dieses »Vorübergehend« jedoch knappe zwei Jahre dauert, finde ich das viel zu lang, vor allem angesichts der Tatsache, dass die Psychiatrie-Erfahrene in der Woche nach endlich erfolgter Reduktion sichtbar und hörbar aufblühte – von Antriebslosigkeit und Stummheit keine Spur mehr. Nein, es gab danach keinen Rückfall. Auflagen wie Aus-

gangssperre oder Hausverbot in eigener Wohnung mögen in einer schwierigen Akutsituation mal der Entlastung von Betroffener oder Mitbewohnern gedient haben. Werden diese Auflagen aber monatelang nach dem Abklingen der Akutsituation aufrechterhalten, ohne dass eine Diskussion darüber möglich ist – bei überirdischer Einsichtsfähigkeit lässt sich das vielleicht noch rational nachvollziehen, emotional aber bestimmt nicht mehr verarbeiten.

Auch bei Ratschlägen, Angeboten oder Entscheidungen kommt sehr viel auf den richtigen oder falschen Zeitpunkt an. Eine sehr forsche und direkte Art von psychotherapeutischem Vorgehen mag manchmal berechtigt sein – aber auch dann, wenn die Gespräche anberaumt wurden, weil die Psychiatrie-Erfahrene Frühwarnzeichen, hauptsächlich Unruhe, verspürte? Und die sehr zupackenden Gespräche die Unruhe verstärkten? Mit dem Argument, Psychotherapie sei nun eben manchmal aufwühlend, ist es dann auch nicht mehr weit her. Sehr weit her ist es nach meiner Meinung auch nicht mit der Entscheidung, eine Psychiatrie-Erfahrene wiederholt in eine Tagesklinik aufzunehmen, obwohl offensichtlich sein müsste, dass sie für das dort betriebene Programm doch zu psychotisch ist. Es gab natürlich nur Stress. Als die Psychiatrie-Erfahrene schließlich von sich aus den Wunsch äußerte, nun doch lieber im vollstationären Bereich zu bleiben – nichts zu machen. Tageskliniken haben da wohl ihren Stolz. Ach so, ich habe hier *nicht* über eine vielleicht störende Mitpatientin gesprochen, sondern war selbst in dieser Lage. Sehr beängstigt haben mich Ultimaten, auch wenn sie bloß anderen Patienten gestellt wurden, beispielsweise sich bis übermorgen für ein gewisses Praktikum zu entscheiden. Ich hoffe, es kommt keiner mehr auf die Idee, ich müsse wichtige, lebensverändernde Entscheidungen (Umzug, Berufswechsel,

Rente) in einem Zustand treffen, in dem ich für einfachste Alltagsentscheidungen viel zu hoffnungslos und resigniert bin.

Ein Beitrag zu der Aufforderung, die eigene Lage doch einmal positiv zu sehen: das ist natürlich gut, wenn man auch einer weniger traumhaften Lebenslage noch gute Seiten abgewinnen oder sich dazu wenigstens schöne Gedanken machen kann. Es gibt aber auch Zeiten, die Menschen brauchen, um Verluste zu verarbeiten. Ich meine, man nennt das Trauerarbeit. Diese soll sogar wichtig sein. Sie soll auch so ohne weiteres nicht immer in der Idealform auftreten. Noch ein etwas konkreteres Beispiel zum Thema »Timing«: Da ist ein Psychiatrie-Erfahrener, der früher einmal ein sehr durchschnittliches, geregeltes Leben führte: verheiratet, Wohnung, Job. Inzwischen ist das geregelte Leben weggefallen. Die Wohnung leider auch. Er schläft mal hier, mal dort, manchmal auf der Straße. Professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann er sich nicht so richtig vorstellen – zu viele negative Erfahrungen mit der Psychiatrie. Schließlich, weil das Leben ohne Wohnung ihm doch sehr missfällt, macht er sich auf, um bei einem Verein für Betreutes Wohnen um Hilfe nachzusuchen. Dort verweist man ihn auf einen anderen Trägerverein. Er sucht auch diesen auf. Man setzt ihn auf eine Warteliste. Er wartet. Ein paar Wochen, drei Monate. Auf der Warteliste steht er vielleicht immer noch. Er hat inzwischen die Stadt verlassen. Wie es ihm wohl geht …?

Kurz will ich noch auf die Zeit eingehen, die nicht in Minuten und Stunden, sondern in größeren Abschnitten gemessen wird. Meine Psychosen, nun, sie dauern ein paar Wochen oder ein paar Monate – lange genug jedenfalls, um aus allem ganz gründlich herausgerissen zu werden. Die

Zeit danach, in der ich nicht leben und nicht sterben kann, dauert viel länger. Bei mir zwei Jahre. Aus meiner Sicht endlose zwei Jahre. Andere Psychiatrie-Erfahrene brauchen noch sehr viel länger. Aus einer zu Bruch gegangenen Lebenssituation wieder eine lebbare Lage herzustellen kann noch länger dauern – Jahrzehnte vielleicht? Manchmal ist nicht absehbar, ob noch eine Besserung erlebt werden wird. Wir Betroffenen halten diese langen Zeiträume oft kaum oder gar nicht aus – wie gesagt, es ist unsere Lebenszeit, die wir gern anders verbracht hätten. Wir werden also zur Geduld ermahnt. Widersinnig finde ich dann aber, wenn die Mahnenden selbst ungeduldig werden, keinen langen Atem haben. Vielleicht sollte man Schildkröten als Berater hinzuziehen.

Sie müssen »nein« sagen lernen!

Pädagogik und Psychologie in der Psychiatrie

In der Psychiatrie sind natürlich längst nicht nur Ärztinnen und Ärzte tätig. Ich kann hier zwar nicht alle beteiligten Berufsgruppen aufzählen, ein paar möchte ich aber doch nennen: Pflegedienstmitarbeiter/innen, also Krankenschwestern und Pfleger, verdienen es beispielsweise unbedingt, erwähnt zu werden. Daneben traf ich noch auf Sozialpädagog/inn/en, Sozialarbeiter/innen, Psycholog/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Bewegungs- und Physiotherapeut/inn/en, Seelsorger/innen, sogar Kunsttherapeut/inn/en, Werkstattleiter/innen und -mitarbeiter/innen, kurz, eine breite Palette, und diejenigen, die sich hier nicht genannt finden, möchten dies mit meinem schlechten Gedächtnis entschuldigen. Keine Sorge, ich werde hier nicht jede einzelne Begegnung mit jeder einzelnen Berufsgruppe ausbreiten. Und ob diese verschiedenen Berufsgruppen untereinander Diskussionen haben, lässt mich als Psychiatrie-Erfahrene ziemlich kalt. Ich will hier nur auf zwei fachliche Bereiche eingehen: das eine ist die Pädagogik, die in der Psychiatrie verbreitet ist. Diese betrifft nicht nur jene Berufsgruppen, die diesen Begriff in ihrem Namen tragen, sondern pädagogisch tätig im weiteren Sinne sind sehr viele Psychiatrie-Mitarbeiter/innen. Der andere Bereich ist die

Psychologie, ganz speziell die Psychotherapie. Diese beiden Bereiche sind miteinander verwandt, es gibt gewisse Ähnlichkeiten und Überschneidungen, deshalb kriegen sie auch ein gemeinsames Kapitel.

Ich nehme mir zunächst einmal die Pädagogik vor. Was hat diese eigentlich in der Psychiatrie zu suchen? Es gibt zwar eine Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber darüber rede ich hier nicht. In der Psychiatrie, die ich meine, sind die Patient/inn/en und Klient/inn/en alle volljährig. Möglicherweise sind sie krank, möglicherweise haben sie Probleme, aber Pädagogik, also Erziehung? Haben wir nicht sowieso schon ein Zuviel an Pädagogik? Kaum hat man die ganzen Erzieher/innen und Pädagog/inn/en der eh schon verlängerten Jugendzeit zur Türe rausgeschmissen, hat sich schon wieder jemand mit so einem ausgeprägten Sendungsbewusstsein durch die Hintertüre eingeschlichen. Dann kommt frau in die Psychiatrie, wo das ganze Theater von vorne beginnt … Ich will das Feld möglicher Fragen einmal einschränken. Vor einer ganzen Anzahl von Jahren las ich einmal ein professionelles Buch über Schizophrenie[1]. Es war nicht leicht, sicher habe ich höchstens die Hälfte verstanden. Ein Satz blieb damals hängen: Der Autor vertrat die Meinung, Menschen mit Psychosen brauchten eine Art Nacherziehung. Dieser Satz löste bei mir weder spontane Zustimmung noch spontane Ablehnung aus, sondern die Frage, ob, falls dem so wäre, diese Nacherziehung etwa durch die Psychiatrie durchgeführt werden solle oder besser woanders stattfände. Interessant ist übrigens die Tatsache, dass neuerdings der Begriff der Nacherziehung in ganz anderen Bereichen als der Psychiatrie – zum Beispiel in zeit-

Christian Scharfetter: Schizophrene Menschen. 3. neu bearb. und erw. Auflage, München 1990

geistgebundener Ratgeberliteratur – en vogue ist. Interessant wäre auch der Gedanke, ob sich dieser Satz in einer größeren Tiefe vielleicht mit der These von Psychose-Erfahrenen treffen könnte, sie sähen ihre Psychosen als Reifungs- und Entwicklungschancen an. Ich rede hier um den heißen Brei herum? Dann will ich mal zur Sache kommen: Ist das wirklich Erwachsenenpädagogik, was in der Psychiatrie betrieben wird? An manchen Stellen hatte ich diesbezüglich erhebliche Zweifel. Beispiele kommen gleich. Zuvor noch ein paar Gedanken: Professionelle beschreiben psychisch kranke Erwachsene manchmal so, dass sie meinen, diese seien auf frühere, zurückliegende Entwicklungsstufen zurückgefallen. Oder hätten andersherum Entwicklungsstörungen, die sie auf jugendlichem oder kindlichem Niveau verharren ließen. Obwohl ich sehr wohl weiß, warum das für manche Professionelle so aussieht und weshalb sie dann zu dieser Art von Beschreibung greifen, finde ich das doch eine sehr problematische Angelegenheit. Natürlich: wenn ich psychotisch bin oder sonstwie sehr beeinträchtigt, bin ich kein Musterbeispiel für einen rationalen, verantwortungsbewussten, emotional reifen Erwachsenen. Menschen, die mich näher kennen, fragen sich sogar, ob ich überhaupt jemals erwachsen werde. Doch diesen ersten Stein möchte ich gern zurückwerfen – von wem kann man das schon sagen? Trotzdem – schön, dass ich das hier mal öffentlich von mir geben darf – auch mit Psychose, Depression oder möglichen sonstigen diagnostisch relevanten Beschreibungen verwandle ich mich *nicht* plötzlich in einen Teenager. Oder in ein sechsjähriges Kind. Tut mir Leid für all die schönen Theorien. Natürlich gibt es Psychiatrie-Erfahrene, die in sehr jungen Jahren erkranken. Möglicherweise wenig Erfahrung haben. Vielleicht unselbständig sind (unselbständig erzogen wurden?). Es gibt aber genü-

gend Psychiatrie-Erfahrene, die schon ein kleineres oder größeres Stück Erwachsenenleben hinter sich haben, bevor sie in die Psychiatrie kommen. Manche haben bereits erfolgreich ihren Mann oder ihre Frau in Beruf und Familie gestanden. In dem Bereich, den man Gerontopsychiatrie nennt, halten sich Menschen auf, die bereits fast ein ganzes Leben hinter sich haben.

Jetzt kommen aber erst die Beispiele. Ich habe in recht jungen Jahren schon kochen gelernt. Nach Aussage der Leute, für die ich bisher gekocht habe, kann ich das auch einigermaßen gut. Finde ich selber übrigens auch. Wenn ich mir Mühe gebe. Ich mache das sogar gerne. Jedesmal, wenn ich in die Psychiatrie komme, melde ich mich also freiwillig zu diesen Kochgruppen. Aus diesem Fehler habe ich bisher nichts gelernt. Diese Gruppen sind aber nicht dazu da, ein bisschen Spaß an dieser Tätigkeit zu haben. Darin sollen nämlich die Grundlagen der Hauswirtschaft und der selbständigen Lebensführung vermittelt werden. Finde ich auch sinnvoll, wenn es Psychiatrie-Erfahrene gibt, die bisher nur bei ihren Eltern gelebt haben und noch nie alleine in einer Küche waren. Ist möglicherweise auch sinnvoll, wenn die Fähigkeiten zur Selbstversorgung vorübergehend verschüttet sind. Aber dann muss man doch wenigstens ein klein wenig differenzieren, welchem Patienten man die Quarkspeise erst erklären muss und welchem nicht. Gleich noch ein anderes Beispiel aus demselben Bereich. Einkaufen. Schon mit sechs Jahren wurden mir ein paar Mark in die Hand gedrückt und ich wurde zum Laden um die Ecke geschickt, um Brot oder Milch zu holen. Später kaufte ich für eine Großfamilie ein, für meinen eigenen Haushalt, für eine mittlere WG, sogar für eine Schulklasse. Komme ich also in die Psychiatrie, wo man mir nun die Anfangsgrundlagen beibringen will. Die Patientengruppe, sechs Mann

und Frau hoch, therapeutische Anleitung vorneweg, spaziert in den nächstgelegenen Großmarkt. Unter Aufbietung all unserer Kräfte kauften wir dort genau ein einzelnes Päckchen Backpulver[2]. Der Lerneffekt ist natürlich enorm. Ich benutze heute kein Backpulver mehr. Leider, von dieser Art Beispielen könnte ich noch etliche mehr bringen[3]. Auch aus völlig anderen Bereichen. Ich will aber nicht allzu destruktiv werden und alle möglichen Sachen, die ich von der Idee oder vom Ansatz her gut finde, in den Schmutz ziehen. Die Beispiele beziehen sich übrigens meistens nicht auf den akutstationären Bereich – bei den oft hektischen und für mich chaotisch wirkenden Abläufen dieser psychiatrischen Großkliniken stelle ich gar keine besonderen Ansprüche. Aber in anderen Bereichen, wo die Gruppen kleiner sind, man sich besser kennt oder kennen müsste, wo sehr viel mehr Zeit und Aufmerksamkeit vorhanden sind – da muss das nicht unbedingt sein. Im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen prägte ein Profi mal den Satz, die Psychiatrie sei doch kein Kindergarten. Nein, bei den Zwangsmaßnahmen nicht. Es gibt übrigens für solche Fälle einen kostenlosen, einfachen und halbwegs effektiven Schnelltest für Pro-

2 Mich erstaunt in dem Zusammenhang auch, welche gutbürgerlichen Idealvorstellungen über Haushaltsführung und Tagesstruktur manchmal in der Psychiatrie vermittelt werden. So, als ob jeder Mensch, der im Besitz eines Tauchsieders oder einer einzelnen Kochplatte ist, sich jeden Tag hinstellt und ein gut ausgewogenes, schmackhaftes und vollwertiges Komplettmenü für sich und/oder seine Mitbewohner zaubert. Ich frage mich, wieso beispielsweise Fertiggerichte in der übrigen Bevölkerung durchaus nachgefragt werden und ob man nicht in extremen Notfällen auch mal Abduls Imbisstube frequentieren dürfe. Hut ab vor diesen vielen Professionellen, die trotz stressigen Berufes und familiärer Verpflichtungen tagtäglich vorbildliche Mahlzeiten auf den Tisch bringen. Vielleicht sollten die für uns kochen. Was übrigens die in manchen psychiatrischen Zusammenhängen beliebte Tätigkeit des Einkaufszettelschreibens angeht: Ich schreibe auch manchmal solche Listen. Aber nur in besonderen Fällen.

3 Aus einem anderen Zusammenhang wurde mir von einer vierköpfigen Patientengruppe berichtet, sie sei losgeschickt worden, eine – ja, genau eine – Avocado einzukaufen. Ich habe Avocados immer schon für etwas Besonderes gehalten …

fessionelle, nämlich die Frage: »Wie würde ich mich als Patient/in bei einem solchen Angebot / einer solchen Anrede fühlen?«

Ein etwas anderer Bereich. Sozialkompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstorganisation. Da nicht bloß Psychiatrie-Erfahrene hierbei öfter Probleme haben, sondern andere Leute auch, gibt es außerhalb der Psychiatrie, etwa von Erwachsenenbildungsträgern, Angebote, um hinsichtlich dieser Fähigkeiten etwas hinzuzulernen. Kann normalerweise nicht schaden. Teilweise trifft man dort sogar auf dieselben Übungen und Rollenspiele wie im psychiatrischen Bereich. Teilweise auf ganz anderes. Vor allem aber: dort bin ich wirklich (zahlende) Kundin. Kann Ansprüche stellen. Kann die Teilnahme unterbrechen, eine Übung nicht mitmachen. Kann die Teilnahme ganz abbrechen. Kriege außerdem mit, dass andere Leute genau dieselben Probleme haben wie ich. Hinterher werde ich sogar noch gefragt, wie es mir denn so gefallen hat. Und was mir nicht gefallen hat. So einfach voll übertragen auf die Psychiatrie kann man das natürlich nicht. Die Probleme und Konstellationen sind dort oft doch ziemlich anders. Aber sich etwas davon abgucken, das ginge schon.

Pädagogik, Erziehung, das Lernen und so … ganz schwach meldet sich die Erinnerung, dass Lernen etwas mit Motivation zu tun habe. Noch schwächer die Erinnerung, dass es unterschiedliche Arten von Motivation geben soll. Eine, die eher durch äußere Anreize, Belohnungen (oder auch Druck) geweckt wird. Und eine Art von Motivation, die so mehr von innen kommt. Dass diese Art von Motivation eigentlich die allerwirksamste sei, sofern sie denn vorhanden ist. Tja. Diese Art von Motivation geht aber bei einer psychischen Erkrankung oft gerade verloren.

Allerdings ist es dann um so mühevoller, alle möglichen »Fertigkeiten« zu trainieren, die für das Wohnen, das Arbeiten oder die soziale Umgebung wichtig sind, von denen aber eigentlich nichts so richtig Spaß macht. Spaß scheint manchmal ein verbotenes Wort in der Psychiatrie zu sein. Aber genau darin liegt doch unser Elend, dass wir keine Freude mehr empfinden können, an nichts mehr Interesse haben, keine Lust und keinen Spaß (und Sinn) im Leben finden können. Wer hilft uns eigentlich, dieses Element wieder zu finden? Vielleicht mag ein Psychiatrie-Erfahrener ganz besonders gerne Fußballspiele. Oder wollte schon immer mal Französisch lernen. Oder im Chor singen. Oder findet Hunde so nette Tiere. Bloß: er/sie traut sich nicht. Weiß nicht, wie das anzufangen. Der Weg dorthin ist vielleicht zu mühevoll. Oder irgendjemand sieht das nicht so gerne …

Fast bin ich durch mit der Pädagogik. Damit es hier keine Missverständnisse gibt: im oben stehenden Absatz habe ich nicht gefordert, psychiatrische Behandlung müsse vollständig auf das Lustprinzip umgestellt werden (wäre aber doch ein schöner Gedanke!). Ich meine auch, dass nirgendwo die Rede davon war, Professionelle dürften einem Psychiatrie-Patienten niemals widersprechen. Von einer völligen Entmachtung sämtlicher Leitungspositionen wurde ebensowenig gesprochen wie von einer Diktatur des Laissez-faire-Prinzips. Was denken Sie denn von mir?

Nun kommt die Überleitung. Zur Psychologie. Auch psychiatrische Mitarbeiter/innen, die dieses Fach nicht eigens studiert haben, bringen oft psychologisches Wissen mit. Finde ich auch richtig. Daneben oder davor haben die meisten Menschen noch eine Art Alltagspsychologie. Gut.

Wogegen ich aber mittlerweile völlig allergisch bin, ist, wenn Professionelle, die kein Psychologiestudium oder zumindest eine irgendwie geartete psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, sich woher auch immer die dazugehörigen Theorien, Denk- und Gesprächsmuster aneignen und dann plötzlich anfangen, mit beispielsweise tiefenpsychologischen oder systemischen Konstruktionen an mir herumzuoperieren. Ich weiß wohl, dass die Grenzen nicht immer klar zu ziehen sind, aber bitte, das soll man doch wirklich den entsprechend geschulten Leuten überlassen. Ich habe sowieso genug damit zu tun, die vielen in der Welt herumlaufenden Hobbypsycholog/inn/en, die einem unerbeten ihre »Dienste« aufdrängen, einigermaßen abzuwehren.

Somit bin ich bei der Psychologie angelangt. Da interessiert mich speziell die Psychotherapie. Für Psychose-Erfahrene ist dieses Thema aus vielerlei Gründen besonders interessant. Weil es auch heute noch relativ wenige Psychotherapeut/inn/en gibt, die sich überhaupt mit Psychosen so einigermaßen auskennen und Menschen mit Psychosen auch behandeln. Weil man, wenn man woanders hingeht, dabei sehr auf die Nase fallen kann. Nicht zwangsläufig, aber wenn es passiert, um so schlimmer. Weil Menschen mit Psychosen manchmal recht lange Zeit Psychotherapie in Anspruch nehmen müssten und das dann wieder eine Kostenfrage ist. Weil noch immer die Frage gestellt wird, welche Art von Psychotherapie für Menschen mit Psychosen am besten ist und ob etwa so genannte »aufdeckende« Verfahren nicht doch »schädlich« sind. Kurz meine Meinung dazu: Aufdeckende Verfahren können manchmal »schädlich« sein, sind aber unter Umständen auch sehr sinnvoll bei Psychosen. Da kommt es also auf die

Vorsicht an. Nicht allzusehr zu forcieren. Diese so genannten »Widerstände« mitunter als etwas äußerst Gesundes anzusehen. Und dass natürlich auch Psychose-Erfahrene zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich stabil sind. Darüber hinaus gibt es doch auch andere Psychotherapie-Klient/inn/en, die nicht immer die gleichen Bedürfnisse haben?

Also die Psychotherapie. Diese findet, ob nun als Einzel- oder Gruppentherapie in einem besonderen Rahmen statt, einem bestimmten »Setting«. Diese Regeln, die dabei aufgestellt werden und eingehalten werden müssen – nun, sie sind natürlich einigermaßen durchdacht, haben schließlich auch einen Sinn. Sollen einmal therapeutisch wirksam sein, dienen andererseits dem Schutz aller Beteiligten. Schlimm sind Berichte über männliche Psychotherapeuten, die diese Regeln brechen und wo es zur sexuellen Ausbeutung von Klientinnen kommt. Ist hoffentlich nicht die Regel. Ich war übrigens auch schon einmal bei jemandem in Behandlung, von dem dieses später bekannt wurde. Ansonsten bin ich manchmal ein bisschen langsam im Begreifen – erst nach ziemlich vielen Jahren ist mir aufgefallen, wie unnatürlich und kurios viele dieser Regeln eigentlich doch sind. Verglichen mit dem Alltag.

Ein Beispiel möchte ich nennen, bei dem ich meine, dass die Regeln hätten durchbrochen werden müssen. Die Regel nämlich, dass man über das Privatleben des Therapeuten nicht viel erfährt und nicht erfahren soll. Schon gar nicht über seine privaten Probleme. Das war nämlich so: Die wöchentlich tagende Therapiegruppe war schon eine ganze Weile lang beisammen. Eines Tages geschah dem Therapeuten in seinem Privatleben etwas Furchtbares. Eine richtige Tragödie. Es war sogar in der Tageszeitung zu lesen. Etliche Wochen lang fiel die Gruppe aus, das Sekretariat

teilte mit, er sei »krank«. Dann fand die Gruppe wieder statt. Wir Klient/inn/en waren alle sehr unsicher. Sehr betroffen. Niemand hatte eigentlich Lust, über seine Probleme zu reden, die angesichts dessen, was dem Therapeuten zugestoßen war, plötzlich lächerlich wirkten. Er kam dann auch, sichtlich abgemagert und angeschlagen, sonst in gewohnter Weise. Und dann geschah – nichts. Die Gruppe verlief wie immer. Oder jedenfalls haben wir uns alle krampfhaft bemüht. Wir Klient/inn/en wagten nämlich nicht, einigermaßen deutlich nachzufragen. Wir hätten ihm zumindest gern unsere Anteilnahme ausgedrückt. Von seiner Seite wurde die Angelegenheit nicht angesprochen. Wie gesagt, es gibt diese Regel. Vielleicht wollte er auch bloß nicht die Fassung verlieren. Vielleicht auch – er war ziemlicher Berufsanfänger. So eine Situation war im Lehrbuch möglicherweise nicht beschrieben worden. Da hätte ihm aber doch ein älterer Kollege oder Supervisor unter die Arme greifen können.

Ich gehe ein bisschen näher heran. Den verschiedenen Psychotherapieverfahren liegen auch theoretische Modelle zugrunde, die dann wiederum zu einem ganz bestimmten Denk- und Gesprächsstil führen. Diese zugrundeliegenden Theorien versuchen (ich muss jetzt ganz vorsichtig sein, sonst gibt das eine Massenohnmacht bei den Psychologen) menschliche Entwicklung, Verhalten, Persönlichkeitseigenschaften zu ergründen und zu erklären, herauszufinden, was für einen Menschen gut oder schlecht ist, und wie man ihm/ihr in einer bestimmten Lage möglicherweise am besten helfen kann. Ist das so in etwa richtig? Dann weiter. Diese Modelle versuchen auch, jeweils in sich schlüssig zu sein. Das ist das eine. Daneben gibt es natürlich durchaus Vorstellungen darüber, was als gesunde Entwicklung und

was als weniger gesunde Entwicklung zu betrachten sei. Schließlich werden noch bestimmte Zusammenhänge hergestellt zwischen den diversen inneren und äußeren Faktoren, mit denen ein Mensch es im Laufe seines Lebens zu tun kriegt oder zu tun kriegen kann. Womit ich manchmal Probleme habe, ist, wenn diese Theorien, die der/die Psychotherapeut/in durchaus sinnvollerweise mit sich herumträgt, zur Sackgasse werden. Wenn gar keine andere Erklärung mehr akzeptiert wird und ich mich dem theoretischen Modell – welches nun doch eben nur ein Modell und nicht die Wirklichkeit ist – sehr gegen meinen Willen beugen und anpassen muss. Eine Situation kann ganz anders sein, als von der Theorie vorgesehen. Auch wenn das noch so gut zu passen scheint. Die Art und Weise, in der während psychotherapeutischer Sitzungen miteinander gesprochen wird, war mir – jedenfalls habe ich das früher so erlebt – manchesmal zu eng. Plötzlich steckte ich da in einem Labyrinth von vorgegebenen Wegen, aus dem es keinen Ausgang zu geben schien. Plötzlich stand mein ganzes Leben in einem doch sehr krummen und verzerrten Licht da. Dazu mal eine ganz grundsätzliche Sache: Es gibt Probleme, da hilft auch die beste Psychologie nichts. Weil sie nämlich auf einer anderen Ebene gelöst werden müssen. Zum Beispiel auf sehr pragmatische Art. Es kann sogar tatsächlich mal am Wetter liegen.

Was war noch? Die meisten psychotherapeutischen Verfahren sind doch eher gesprächsorientiert. Da habe ich normalerweise sogar ein Faible für, aber in Zeiten, in denen ich mich schlecht artikulieren konnte, war Maltherapie mit anschließendem Gespräch doch die bessere Variante. Seinen Körper darf man heutzutage übrigens mit ins Sprechzimmer bringen. Dafür muss man meistens etwas anderes

draußen in der Garderobe lassen: religiöse und politische Überzeugungen zum Beispiel. Religion ist in der Psychologie von vornherein ziemlich verdächtig, wenn Psychologen das Grundgesetz geschrieben hätten, wäre das Recht auf freie Religionsausübung vielleicht »vergessen« worden. Anscheinend ist es auch ungewöhnlich – oder vielleicht unbedeutend – dass erwachsene Klient/inn/en manchmal eine politische Sozialisation hinter sich haben. Diese kann in irgendeinem Sinne parteipolitisch geprägt sein oder auch mehr ökologische bzw. frauenbewegte Hintergründe haben. Nicht zu vergessen die politische Geschichte mancher Familien. Natürlich können solche Überzeugungen skurrile oder extreme Formen annehmen, aber dies ist nicht unbedingt zwangsläufig. Die Überzeugung des Therapeuten mag eine andere sein. Aber Klient/inn/en tun manchmal aus diesen Gründen bestimmte Dinge oder haben dadurch bestimmte Einstellungen. Ganz schwer tun sich manche Psychotherapeut/inn/en damit, dass natürlich auch Klient/inn/en Vorstellungen über ethisches Verhalten haben. Klar kann eine Ethik sich in eine Richtung entwickeln, die den Betreffenden über- (oder unter-)fordert oder mit der er sich selbst nicht gerade Gutes tut. Aber deshalb muss man doch nicht gleich die zugrundeliegenden Grundsätze in Frage stellen. Denn dadurch passierte bei mir Folgendes: die Vorstellungen mancher Therapeut/inn/en darüber, wie ich mich möglicherweise ändern, was ich dazu lernen müsse, waren für mich überhaupt nicht attraktiv. So wollte ich bestimmt nicht werden, da blieb ich lieber bei meinem Leiden. Was ich übrigens nicht im Mindesten verstanden habe, war, weshalb man bei einigen Leuten künstlerische Vorlieben oder Hobbys nicht mitbringen durfte. Wenn es sich dabei um meine Haustiere gehandelt hätte, aber so …

Noch eine Sache, die vielleicht mit meiner eigenen Person zusammenhängt. Diesmal fange ich mit einem Beispiel an. Da komme ich in die Sitzung an einem Tag, zu einer Zeit, in der es mir nicht gerade gut geht. Ich fühle mich klein, mickrig, habe mal wieder versagt, bin ja doch nur eine armselige psychisch Kranke. Der Therapeut ist so weit auch ganz mitfühlend, meint dann, ich hätte aber doch ein ziemlich *schlechtes Selbstwertgefühl*. Oder: *ich könne aber schlecht nein sagen*. Oder: ich müsse mich halt *besser abgrenzen*. Wir kennen alle diese Sätze. Nun erwarte ich schon eine einigermaßen angemessene Rückmeldung, für völlige Schönfärberei bin ich nicht zu haben. Nur diese Sätze haben hin und wieder den Effekt, dass ich beim Hinausgehen noch mehr schwarze Flecken in meiner Persönlichkeit habe als zuvor. Jetzt bin ich auch noch eine Person mit einem schlechten Selbstwertgefühl. Die nicht nein sagen kann. Die sich nicht abgrenzen kann. Da sind doch wirklich Hopfen und Malz verloren … Dieses »Sie müssen nein sagen lernen« ist übrigens ganz besonders schön. Weshalb will mir in dem Moment genau alles das einfallen, wozu ich in der Therapie schon immer mal »nein« sagen, wogegen ich mich bei diesem Therapeuten besser wehren und abgrenzen wollte? Wahrscheinlich deshalb, weil nun dieses gerade *nicht erwünscht* ist. Dann ist man nämlich Querulantin, nicht kooperativ, uneinsichtig oder sonst was. Dabei wäre es das nächstliegende Übungsfeld. Gab es für dieses Phänomen einer Aufforderung, die offensichtlich in sich widersprüchlich ist, nicht sogar einen besonderen, psychologischen Fachausdruck? Wie war das noch? Double bind? Wurde dazu nicht mal diskutiert, ob das »schizophrenogen« sein könnte? Und selbst wenn nicht – günstig ist es auf keinen Fall.

Was die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit von Psychotherapie angeht – ich bin nicht die richtige Frau, um dazu etwas Gescheites zu sagen. Wohl hat sich in mir die Überzeugung breit gemacht, dass die Dinge oft ganz anders ausgehen, als Therapeut/in und Klient/in das anfangs beabsichtigten. Viel an Wirksamkeit steckt für mich bereits in der spendierten Aufmerksamkeit. In der Person der Therapeutin bzw. des Therapeuten. Im Aufgebautwerden. Im Gespiegeltwerden durch eine völlig andere Perspektive. Auch, obwohl die entsprechende Zunft das nicht gern hat, darin, einen Platz zum Klagen zu haben.

Eine Sache habe ich noch, die nur am Rande damit zu tun hat, die ich mangels eines besseren Platzes hier unterbringe. In meinem Alltag gibt es manchmal Situationen, in denen ich mir auch Unterstützung wünsche. Häufig kann diese durch die Personen aus meinem Umfeld gegeben werden. Es handelt sich nämlich um solche Unterstützung, bei der kein langes, tief greifendes Gespräch vonnöten ist. Sondern nur ein kleiner Schubs. Ein bisschen Zuspruch, in dieser ganz dämlichen Art, wie etwa »Du schaffst das schon« oder »Du hast es bisher geschafft, da klappt das auch diesmal« oder »Ach, das Problem kenne ich, das war bei mir auch schon mal so«. Natürlich muss das Bedürfnis nach solcher Art Zuspruch nicht ständig und auch nicht unbedingt professionell befriedigt werden. Aber manchmal hängt richtig was davon ab. Zum Beispiel, wenn ich nach der Entlassung aus der Tagesklinik an meinen Arbeitsplatz zurückgekehrt bin, dann an diesem Schreibtisch sitze, eine geschlagene Stunde lang, und finde einfach keinen Anfang. Krank melden könnte ich mich, will ich aber nicht, die Arbeit an sich ist ja auch leicht und mir vertraut. Stattdessen starre ich die Wand an. Und mache mir deswegen Vorwür-

fe. Finde trotzdem den Anfang nicht. Dieses Spiel jeden Tag aufs Neue. Was man da wohl machen soll? Eine Ermutigungs-Hotline? Im Privatleben gibt es so etwas auch manchmal.

Am Schluss dieses Kapitels bleibt die Überlegung, ob ich statt der Negativbeispiele besser solche positiver Art gebracht hätte. Wegen des Nachahmungswertes. Dazu ist es nun zu spät. Vielen Dank übrigens für die kostenlose Zusendung einer tiefenpsychologisch fundierten Analyse dieses Textes. Sie würde in meiner Sammlung einen besonderen Platz einnehmen.

»Geld ist geprägte Freiheit.«

Dostojewski

Ohne Moos nix los

Geld und Psychiatrie-Erfahrung

Mit dem Geld ist es so eine Sache: entweder wird zu viel oder zu wenig darüber gesprochen. Geld spielt in der Psychiatrie eine wichtige Rolle: das fängt bei der Sozial- und Gesundheitspolitik des Staates an, geht über die Krankenkassen und Einrichtungsträger bis hin zur Bewilligung einzelner Maßnahmen für Psychiatrie-Erfahrene. Mit den Finanzen der politischen oder strukturellen Ebene will ich mich hier nicht beschäftigen, obgleich das neue Gesetz über Erwerbsminderungsrenten mich unruhig gemacht hat – ich kenne etliche Psychiatrie-Erfahrene, die vor ihrem 40. Lebensjahr eine Rente beantragen mussten (und das Glück hatten, Leistungen erhalten zu können) – was wird nun bei solchen Konstellationen werden? Selbstverständlich ist die Verteilung der Gelder in der Psychiatrie für uns wichtig – welche Arten von psychiatrischen Bemühungen gut und gern finanziert werden, welche knapp gehalten werden. Die Finanzierung nebenwirkungsärmerer Medikamente ist ein Beispiel. Personalkürzungen sind für uns als Patient/inn/en ganz direkt erfahrbar. Besonders skandalös finde ich es, wenn gewaltvermindernde Maßnahmen (genug Personal, Behandlungsvereinbarungen, Soteria-Stationen usw.) aus Kostengründen zurückgeschraubt oder gar nicht erst aufgenommen werden.

Ich will mich hier konzentrieren auf das Geld, welches den Psychiatrie-Erfahrenen persönlich zur Verfügung steht. Ich sprach von der mangelnden Teilhabe am normalen gesellschaftlichen Leben. Und weiß doch eins ganz genau: Das scheitert oft am Geld. Leider ist mir entfallen, wer neulich den Satz gesagt hat, Schizophrenie werde immer mehr zu einem Synonym für Armut. Das wird bei einigen anderen Diagnosen wohl so ähnlich aussehen. Gesund leben sollen wir, aber gesund leben kostet etwas – nicht unbedingt viel, aber etwas eben doch. Wahllos mal ein paar ganz alltägliche Beispiele: Psychiatrie-Erfahrene, die kräfte- und persönlichkeitsmäßig in der Lage wären, selbst eine Pauschalreise nach Mallorca zu buchen, fahren rein aus finanziellen Gründen lieber mit der Tagesstätte an die Ostsee. War auch ein schöner Urlaub. Auf jeden Fall besser als gar kein Urlaub. Jemand, der mit mir ins Kino gegangen wäre, konnte die 10 DM Eintritt nicht aufbringen – er bekommt nur ein Taschengeld vom Landschaftsverband, das schon für andere Bedürfnisse verplant war. Bei Telefonaten muss er auch immer sparen. Sagte ich in einem anderen Kapitel etwas von Sportvereinen oder Computerkursen? Die wollen fast immer ein paar Mark sehen. Bei manchen Gelegenheiten will man und frau etwas Vernünftiges zum Anziehen haben. Dass nur relativ wenige Psychiatrie-Erfahrene einen PKW besitzen, liegt meist nicht an mangelndem Mut oder Eignung oder (medikamentenbedingter) Fahruntüchtigkeit. Wie sähe Ihr Leben aus, wenn Sie kein Auto hätten? Ganz abgesehen von dem oft für uns belastenden Modell, bei dem die Angehörigen ganz oder teilweise für den Unterhalt aufkommen müssen. Dieses kann zudem noch Konflikte mit jenen auslösen, die unnötig sind, mit der eigentlichen Problematik nichts mehr zu tun haben. Für die Angehörigen ist das auch nicht das Beste. Die Bera-

tung Psychiatrie-Erfahrener bei manchen Sozialämtern … da schweige ich lieber. Gern hätte ich einen kleinen Mehrbedarf bei der Sozialhilfe für Psychiatrie-Erfahrene gesehen. Oder zumindest eine Anhebung der Zuverdienstgrenzen, denn wird nicht ständig gesagt, wie therapeutisch wertvoll das Arbeiten sei? Aus vielen anderen Unterhaltsmodellen fallen Psychiatrie-Erfahrene oft heraus. Die Löhne in den WfBs und den Zuverdienstbetrieben … aber ach, man/frau geht ja bloß wegen der Tagesstruktur und der ideellen Werte arbeiten.

Ich rede hier von Pauschalreisen und PKWs und Sie denken, was hat die Frau für Luxusprobleme. Warum sagt sie beispielsweise nichts zum Thema Obdachlosigkeit und Psychiatrie-Erfahrung. Kann ich Ihnen sagen. Weil ich eine noch unverarbeitete Wut auf eine Einrichtung habe. Ein psychiatrie-erfahrener Bekannter von mir – zugegeben, er ist manchmal schwierig – hatte durch die Krise seine Wohnung verloren. Ziemlich verloren irrte er durch die Stadt. Erst wurde er dreimal von der Klinik abgewiesen, dann erfolgte eine Zwangseinweisung und er wurde sechs Wochen festgehalten. War er wenigstens unter einem Dach. Dann entließ man ihn. Er wollte in der Klinik bleiben, bis er eine neue Wohnung/Zimmer gefunden habe. Das sei sein Problem, wurde ihm beschieden. Das für mich schon fast erschreckend dicht geknüpfte psychosoziale Netz hatte anderweitig zu tun. Er zog also in die Obdachlosenunterkunft. Dort ist es ihm nicht besonders gut ergangen. Ist schließlich kein Platz, um psychisch zu gesunden.

Ich möchte noch eine ganz paradoxe Story erzählen, aus meinem eigenen Leben. In der Geschichte, die ich mit meiner psychischen Erkrankung erlebt habe, steckt oft viel Iro-

nie, manchmal sehr bittere, in diesem Fall eine freundliche. Vor meiner Ersterkrankung war ich einigermaßen erfolgreich in den Bemühungen, meine Zukunft zu gestalten. Nur in finanzieller Hinsicht sah es schlecht aus, manchmal extrem – unterhalb des Sozialhilfesatzes, das Sozialamt jedoch war nicht zuständig. Nun war ich aber in jeder Hinsicht damals fit und gesund oder hielt mich zumindest dafür. Ich konnte den Geldmangel in vielerlei Hinsicht ausgleichen: Kein Weg war mir zu weit, um irgendetwas zum Sonderpreis zu bekommen oder gebraucht, ich war Teil eines großen Bekanntenkreises, in dem viel getauscht, besorgt und mitgebracht und handwerkliche Hilfestellung bei Renovierungen und Reparaturen geleistet wurde. Dass ich in einer elenden Bruchbude wohnte und die Mängel dieser Wohnung (Kohlen schleppen, kein Bad) ertragen musste, machte mir nichts aus. Vor allem aber: ich konnte jede Art von Arbeit annehmen und ausführen, sei sie auch schwer, belastend, schmutzig oder sonstwie stressig. Nun das Paradoxe: Einige Zeit, bevor sich meine psychischen Probleme entwickelten und manifestierten, besserte und stabilisierte sich meine materielle Lage. Das Einkommen kam zwar zeitweise aus verschiedenen Quellen, aber es war – trotz der so genannten »Rückfälle« und der nachfolgenden Schwierigkeiten – einigermaßen sicher, lag fast immer über dem Sozialhilfesatz, mit steigender Tendenz. Nein, dieses Geld hat mich nicht glücklich gemacht und nicht gesund. Aber wie viel Erleichterung hat es mir verschafft! Quer durch die Stadt zu fahren, um irgendein Schnäppchen einzukaufen war nun nicht mehr drin – ich schaffte es kaum noch bis zum Supermarkt um die Ecke. Aber dessen Preise konnte ich wenigstens bezahlen. Der große Bekanntenkreis war natürlich weggefallen, aber immerhin konnte ich bei Stromausfall oder kaputter Waschmaschine einen Elektri-

ker holen, ohne mich allzusehr vor der Rechnung fürchten zu müssen. Was die Überlebens-Jobs anbelangt, die ich früher wahrgenommen hatte: keinen davon hätte ich mehr länger als zwei, drei Stunden ausgehalten, ich hätte mich zu manchen Zeiten noch nicht einmal getraut, potentielle Arbeitgeber anzurufen … Und Lebensqualität – Lebensqualität besteht größtenteils aus Dingen, die man nicht kaufen kann. Aber manchmal trägt das Geld eben doch dazu bei: ich konnte mir eine Wohnung nehmen, die mir gefiel, die in einer guten Infrastruktur lag – nein, keine Luxus-Suite oder Penthouse-Loft, nix Dolles. Aber doch ein Zuhause. Bei den regelmäßigen Telefonaten mit einer wichtigen Angehörigen in einer Zeit großer Isolation brauchte ich nicht ständig auf die Einheiten zu schielen. Ich konnte Gäste bewirten oder als Gast ein Mitbringsel einkaufen, mir vielleicht mal ein Buch oder die Wochenzeitung leisten. Wenn ich es denn psychisch schaffte, konnte ich sogar wegfahren. Hinzu kamen so manche Erleichterungen, die käuflich sind, wenn einem selbst eine Angelegenheit zu schwierig erscheint. Die Lern- und Arbeitsmittel und Fortbildungen, die zur beruflichen Rehabilitation notwendig waren, wurden auch nicht alle erstattet. Wer nun meint, das alles habe wenig mit Gesundheit oder gar mit Psychiatrie zu tun: die umfassende Zahnsanierung war auch nicht ganz billig, und den allerersten Psychotherapeuten, bei dem ich auf dem Sofa saß, bezahlte ich aus eigener Tasche, weil meine Versicherung dieses nicht zahlen wollte. Wie war das noch mit den vielen Wochenendheimfahrten während eines stationären Therapieprogramms in einer weiter entfernten Klinik? Ich fände das keine schlechte Idee, wenn der Einfluss des Einkommens auf die Wiederherstellung psychischer Gesundheit oder den Umgang mit psychischen Problemen nachdrücklicher untersucht würde. Integration

kostet einfach auch Geld – und ist letzten Endes dann doch billiger.

Es ist häufig die Rede von jenen Psychiatrie-Erfahrenen, die nicht besonders gut mit Geld oder einem größeren Vermögen umgehen können. Ob nun besondere Schuldnerberatungsstellen für Psychiatrie-Erfahrene aufgemacht werden müssen, bezweifle ich, aber die bestehenden Beratungsstellen – auch die für Sozialhilfe – könnten die besonderen Problemlagen Psychiatrie-Erfahrener mit ins Repertoire aufnehmen. In der Psychiatrie könnte stärker auf diese Beratungsstellen verwiesen werden. Wer fast niemals erwähnt wird, das sind diejenigen Psychiatrie-Erfahrenen, die ganz hervorragend und bewundernswert mit einem sehr geringen Einkommen zurechtkommen. Was wir in unserer Selbsthilfegruppe auch noch nicht gemacht haben, das ist ein Abend, an dem billige Einkaufsadressen, Spartipps und Ideen für kostenlose Freizeitgestaltung ausgetauscht werden.

Somit bin ich beim Thema Geld und Selbsthilfe angelangt. Selbsthilfe kostet nämlich Geld. Zum Beispiel diese Unsummen an Porto. Die Telefonate will ich mal auf meine Rechnung nehmen, der PC ist sowieso mein Privatvergnügen, aber den Anrufbeantworter hätte ich mir sonst vielleicht doch nicht angeschafft. Das Büromaterial. Hin und wieder Fahrtkosten. Evtl. Raummieten oder Referentenhonorare. Literatur und jede Menge Kopien. Unsere eigenen Mitglieder können wir in dieser Hinsicht nur gering belasten. Seit einem Jahr sollen auch die Krankenkassen Selbsthilfe fördern. Ich will nicht sagen, dass sie das nicht tun – wir haben, zumindest von einem Verband einen kleinen Zuschuss erhalten. Aber sie stellen sich doch ziemlich

zickig an. Da will die eine Kasse nur zahlen für ihre eigenen Mitglieder. Eine andere fördert nur besondere Projekte und keine laufenden Kosten. Es gibt auch Unterschiede: Selbsthilfevereinigungen, die etablierter und traditionsreicher sind als die Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener werden offenbar bevorzugt. Schön ist das nicht. Wo doch Psychiatrie-Erfahrene selten zu den Besserverdienenden gehören. Zuschüsse vom Staat oder von Wohlfahrtsorganisationen werden von uns normalerweise auch nicht abgelehnt. Ach ja: wenn jemand eine aussichtsreiche Idee hat, wo wir um ordentliche Spenden werben können, ist dies auch willkommen. Nur eher nicht bei der Pharma-Industrie. Deren Geld hat zu viele Nebenwirkungen und Spätfolgen, was an anderen Selbsthilfegruppen auch schon deutlich wurde[1]. Da bleiben wir lieber beim Kräutertee des Verzichts.

Jetzt berühre ich noch ein ganz unanständiges Thema: das Geld im Trialog. Vorab: viele Institutionen und Profis sind durchaus korrekt oder sogar großzügig, wenn es um irgendwelche Beiträge von Psychiatrie-Erfahrenen geht. Oder um Auslagenerstattung. Bei anderen ist der Geist zwar willig, aber der Geldbeutel etwas schwach, wie das halt bei sozialen Institutionen so üblich ist. Zudem gibt es natürlich auch Psychiatrie-Erfahrene, die sehr geschäftstüchtig sind, die sich keine Hosenknöpfe andrehen lassen, wo ein richtiges Honorar am Platze wäre. Aber was viele Psychiatrie-Erfahrene (und viele Angehörige, und auch etliche Profis) alles so für lau oder symbolische Gesten und Beträge machen – wir gehören doch einer aussterbenden Gattung an: die der Super-Idealisten. Ich will nichts im

1 Zum Beispiel eine Brustkrebs-Selbsthilfegruppe. Dargestellt in: Uta Wagenmann: Hoffnungsträger? Brustkrebs, Gentechnik, Pharmafirmen und Patientenorganisationen. In: Dr. med. Mabuse, Heft Nr. 130, März/April 2001, S. 29 ff.

Besonderen erwähnen, manches dürfte ich auch gar nicht öffentlich erwähnen, weil es sonst Krach mit irgendwelchen Organisationen gäbe. Darüber, dass Gremiensitzungen und Veranstaltungen in meiner unbezahlten Freizeit stattfinden, während es für die anwesenden Profis bezahlte Arbeitszeit ist, will ich nicht weiter nachdenken. Auch diese plötzlich auftauchende Reminiszenz an meine Jugendjahre und an ein journalistisch tätiges Elternhaus, in dem das altertümliche und heute sicherlich unverständliche Wort »Autorenhonorar« eine gewisse Rolle spielte, will ich schnell wieder ins Vergesskistchen packen. Ich bin ja gar nicht so, schließlich geht es um eine gute Sache und unsere eigenen Interessen. Aber wenn ich sehe, dass Psychiatrie-Erfahrene sich freuen wie die Lottokönige, weil für einen halben oder ganzen Tag Arbeit ein paar minderbetragliche Scheine über den Tisch geschoben werden, und ein Teil oder der ganze Betrag von ihnen dann noch an die Selbsthilfegruppe gespendet wird – da bleibt mir was in der Kehle stecken. Wahrscheinlich die Rührung. Denn meine ganze Sonntagsschulsozialisation wird hier Wirklichkeit: das Scherflein der armen Witwe und die wundersame Brotvermehrung oder so ähnlich. Eine Insel der Seligen im großen Meer der ach so bösen Ökonomie. So was hat natürlich seine Reize und unbestrittenen Vorzüge – beispielsweise eine große Unabhängigkeit. Wir profitieren selbst davon, denn wir Psychiatrie-Erfahrenen können häufig Referenten keine angemessene Gegenleistung anbieten und bekommen auch vieles gratis. Solche Inseln soll man also ohne Not nicht kaputtökonomisieren. Vielleicht ist es kein Problem der Psychiatrie oder des Trialogs, sondern generell des Ehrenamts. Nur – ab und an muss man doch nachdenken, wie weit Idealismus gehen kann und darf. Und wann daraus ein ganz böses Wort wird, nämlich: Ausbeutung.

So. Bin gespannt, wie viele Schlipse ich jetzt wieder aufbügeln muss. Dabei dürfte gerade ich davon nicht reden: erstens bin ich nicht bedürftig, zweitens will ich in meinen Psychosen immer in völlig utopischer Manier die gesamte Geldwirtschaft abgeschafft wissen. Aber das kommt eben davon, wenn man Leute gegen ihren Willen in diese unsere Realität zurückholt. Nachher färbt sie noch ab. Selbst schuld.

»Arbeit ist die Überwindung
innerer und äußerer Widerstände.«

Ein Platz für die Arbeit

Zur Berufs- und Arbeitssituation Psychiatrie-Erfahrener

Das Kapitel Arbeit möchte ich mal von hinten aufzäumen. Bevor ich losstürme und mehr Arbeitsmöglichkeiten für Psychiatrie-Erfahrene, bessere Entlohnung in WfBs und Zuverdienstfirmen, mehr Nachdruck bei Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt, mehr Integrationsfirmen, variationsreichere Tätigkeiten und stärkere Orientierung der Reha-Methoden an tatsächlicher Arbeitswelt fordere, erst einmal ein paar kritische Worte. Es fällt auf, dass im psychiatrischen Bereich beim Thema Arbeit überwiegend von den ideellen Werten der Arbeit die Rede ist: Arbeit, egal welche, sei sinnstiftend, gebe das Gefühl, nützlich zu sein, sei identitätsstärkend, verschaffe soziale Kontakte sowie innere Befriedigung, strukturiere den Tag, verbessere diverse Fähigkeiten, sei stabilisierend usw. usw.

Soll ich mal ein wenig krass werden? Seit vielen Jahren habe ich es geschafft, trotz Psychiatrie-Erfahrung und allem drum und dran, d.h. ich habe genau die Probleme im Arbeitsleben, die andere Psychiatrie-Erfahrene auch haben, einen regulären Arbeitsplatz zu finden und bisher auch zu halten. Von den soeben genannten Vorteilen und Wirkungen habe ich nur relativ wenig darin wiedergefunden. (Möglicherweise ist das bei Psychiatrie-Profis anders.) Dabei habe ich sogar noch einen einigermaßen netten Job …

Warum ich trotzdem weiter arbeite? Zum einen, weil mir dies finanzielle Unabhängigkeit gibt. Zweitens hat der Besitz eines Arbeitsplatzes wesentlich dazu beigetragen, dass ich mich nicht mehr als unbedingt nötig in psychiatrische Strukturen hineinbegeben und mich nicht jahrelang (mit unsicherem Ergebnis) in irgendwelchen Reha-Programmen aufhalten musste. Ein anderer Psychiatrie-Erfahrener sprach einmal von der »Arbeitsgläubigkeit der Psychiatrie«. (Da fällt mir ein, ich las irgendwo, Arbeit würde die Religion des 21. Jahrhundert sein. Und nun will mir partout nicht einfallen, ob es einen antiken Gott der Arbeit gab. Bei den Griechen – wohl war da dieser Schmied, der aber nur Halbgott war. Die Römer erfanden auch lieber den Gott Amor als den Gott Labor … ach, das ist ein zu weites Feld.) Wie gesagt, bei mir ist alles so weit noch ganz erträglich. Ich hatte schon mal ganz andere Arbeitsplätze. Was ich von anderen Teilnehmerinnen am regulären Erwerbsleben höre, ist auch oft nicht so schön. Daneben ist natürlich bekannt, wie viele psychische Probleme durch schwierige oder unerträglich gewordene Arbeitssituationen überhaupt erst entstehen bzw. zumindest mitbedingt werden. Im Nachhinein ist das dann immer der Fehler des Psychiatrie-Erfahrenen, der leider, leider, nicht belastbar genug war oder nicht die nötigen Sozialkompetenzen hatte. Was ist das heute überhaupt für ein Arbeitsleben, in das wir unbedingt eingegliedert werden sollen oder sogar wollen? Zuerst einmal eines, das seit Jahren durchgängig mehr als 3,5 Mio. Menschen arbeitslos sein lässt, von denen viele durchaus gesund, qualifiziert und mit Berufserfahrung versehen sind. Ein blöder Sponti-Spruch begann einmal mit den Worten »Arbeit ist Luxus …«. Die Arbeitsgesellschaft kann es sich leisten, auf wertvolle menschliche Fähigkeiten zu verzichten – und die Leute, die dann vielleicht noch ein

besonderes Problem, einen durcheinandergeratenen Lebenslauf haben, aufzunehmen, das geschieht dann bloß als großzügige Geste mit Ausnahmecharakter. Denn auch an den Arbeitnehmer werden nicht bloß fachliche oder sekundärtugendmäßige Anforderungen – Fleiß, Pünktlichkeit, Zuverlässsigkeit usw. – gestellt. Man und frau verkauft längst nicht bloß seine/ihre Arbeitskraft, sondern Persönlichkeitseigenschaften gleich mit. Und diese müssen heutzutage ins Bild passen – als idealer Arbeitnehmer ist man eben stromlinienfömig. Und noch ein kleines Nebenbei: die Arbeit, die diejenigen, die mit beruflicher Rehabilitation Psychiatrie-Erfahrener befasst sind – nennen wir sie Rehabilitatoren – tun, unterscheidet sich oft ungemein von der Arbeit, die den Rehabilitanden zugestanden? zugemutet? zugewiesen? zugeschanzt? für zuträglich gehalten? wird. Jedenfalls – so wichtig Arbeit ist – eine übertriebene Idealisierung von Arbeit oder des Arbeitslebens muss nicht sein.

Nun denn. Es gibt übrigens auch einige Psychiatrie-Erfahrene, die in keiner Weise am regulären oder geschützten Arbeitsleben teilnehmen und doch befriedigende Beschäftigungs- und Tagesstrukturmöglichkeiten – mit oder ohne psychiatrischem Beigeschmack – für sich gefunden haben. Gern hätte ich an dieser Stelle auch noch ein Plädoyer für das Recht auf Faulheit eingebracht, doch just dieses kann im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung schnell zum Zynismus werden. Denn natürlich ist erzwungenes Nichtstun eine enorme Qual, es gibt da so eine pervertierte Form von Freiheit, wo man sich nirgendwo mehr betätigen kann, nirgendwo erwartet und/oder gebraucht wird, es keine Anknüpfungspunkte für sinnvolle Tätigkeit mehr gibt und alle Türen bloß noch ins Nichts führen[1]. Es ist auch ein

1 Der letzte Halbsatz ist bei Bertolt Brecht geklaut aus »Der gute Mensch von Sezuan«.

Zynismus, wenn man dann mit Hinweis auf indische Gurus getröstet werden soll, die ja auch den ganzen Tag tatenlos herumsäßen. Nicht nur, dass die indische Gesellschaft eine andere ist als unsere, die (scheinbare) Untätigkeit eines spirituell-kontemplativen Lebens hat eine ganz andere Qualität als das Ausgeschlossensein von Betätigung oder sich selbst zu lethargisch zu fühlen, um etwas zu tun. Und auch genießerischer Müßiggang ist etwas anderes, zumal dieser seine Attraktivität ja häufig erst aus dem Kontrast zur Anstrengung erhält. Psychiatrie-Erfahrene haben oft, wie viele andere Menschen auch, ein mehr oder weniger ausgeprägtes Leistungsbedürfnis, und das Gefühl, völlig überflüssig zu sein und sich eben in keiner Weise über Arbeit oder Betätigung definieren zu können, kann die sowieso schon vorhandenen Sinnlosigkeitsgefühle noch extrem verstärken. Zudem bedeutet es Isolation von einem wichtigen Bereich der Welt – das verengt den Horizont.

Nähern wir uns also langsam, immer noch von rückwärts, dem eigentlichen Thema. Welche Arbeit können wir also machen? Überwiegend wird uns da etwas Ungelerntes oder Handwerkliches vorgeschlagen. Da hat man/frau wenigstens ein Ergebnis. Also, dazu – zu diesen Ergebnissen – muss ich denn doch einmal etwas sagen, was nicht nur den eigentlichen Arbeitsbereich, sondern auch den eher therapeutisch-rehabilitativen Bereich angeht. Wenn man als Psychiatrie-Erfahrener einigermaßen Glück hat, kann man sich ein wenig kreativ betätigen. Schöne Sache, macht auch mir Spaß. Bloß, wenn ich mir diese Produkte in den Werkstattläden und auf Weihnachtsmärkten ansehe – vom handwerklichen Standpunkt aus sind sie zwar perfekt, und in der Hinsicht werden schon ganz schöne Anforderungen an die Produzierenden gestellt. Auch, dass da groß oben drüber steht, diese Produkte seien von behinderten Men-

schen hergestellt, will ich hier mal nicht in Frage stellen, vielleicht hat das auch sein Gutes. Ich habe da nur ein ästhetisches Problem: diese marmorierten Bucheinbände, bestickten Schürzen, das bemalte Holzspielzeug etc. – es hat so was … so was Betuliches, betont Harmloses, so was angestrengt Harmonisches. Und in der Beschäftigungstherapie – obwohl ich gerne bastele, kann ich seitdem keine österlichen Fensterbilder, keine seidenbemalten Halstücher und keine selbst getöpferten Vasen mehr sehen. Ich will nun nicht länger drum herum reden: es hat was von Kitsch. Zwar sozial korrekter, aber eben doch ergotherapeutischer oder sozialpädagogischer Kitsch. Für wen das nicht das Richtige ist, gibt es dann das andere Extrem: industrielle Stückarbeit. Heftstreifen zusammenstecken, Möbelfüße montieren, Elektromontage. Nichts gegen Möbelfüße. Sind o.k., müssen auch gemacht werden. Nur – gab es da nicht einmal die übereinstimmende Auffassung, dass gerade dieses das Musterbeispiel für völlig entfremdete, dem eigentlichen (jawohl) inneren, ideellen Werten von Arbeit widersprechende Arbeitsform sei? Und diese Arbeit gibt man dann ausgerechnet Menschen, die sowieso Mühe haben, das Dasein als sinnvoll zu erleben? Auf der einen Seite also die überanstrengte Ganzheitlichkeit von handgewebten Leinendecken und Lavendelsäckchen, auf der anderen Seite eine Arbeitsteiligkeit wie zu Herrn Taylors[2] Zeiten. Schauen wir uns ferner mal diese Broschüre an, in der für ein berufliches Rehabilitationsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene geworben wird. Was es da alles gibt: Holz, Me-

2 Frederick Winslow Taylor, 1856–1915, US-amerik. Ingenieur; entwickelte die als Taylorismus bekannte Lehre von der wissenschaftlichen Betriebsführung, die auf genauen Zeit- und Arbeitsstudien beruht. Durch die Zerlegung von Arbeitsabläufen in kleinste Einheiten und einzelne Handgriffe wurden Produktionsformen wie Fließband- oder Akkordarbeit erst in größerem Maße ermöglicht.

tall, Textil, Keramik, und, ach ja, auch noch Bürokauffrau. Merken Sie was? Es handelt sich nicht nur um zumeist die niedrigsten Qualifizierungsstufen (es gibt eine Menge weiterer Büroberufe), diese Liste hört sich an wie aus vorindustrieller Zeit. Wie zu Zeiten des »ganzheitlichen« Handwerksbetriebs, allenfalls noch Manufaktur. Solche Produktionsformen haben natürlich auch Vorzüge. Vielleicht besondere Vorzüge für Psychiatrie-Erfahrene. Wenn ich allerdings die Stellenanzeigen in unserer Tageszeitung ansehe, werden da ganz andere Sachen annonciert. Auch im handwerklichen und im gering qualifizierten Bereich. Der Begriff »Beschäftigungstherapie« hat übrigens im Arbeitsleben eine sehr negative Bedeutung. Nur zur Information.

Woran liegt's? An uns Psychiatrie-Erfahrenen mit unseren Macken und Beeinträchtigungen? An der defizitorientierten Sichtweise oder sogar Einfallslosigkeit der Profis? An Konzeptionen, die eher auf geistig oder körperlich behinderte Menschen eingestellt sind? An einem abweisenden Arbeitsmarkt? Na, der ganze Witz wird wieder darin liegen, dass auch geschützte Arbeitsplätze wirtschaftlich sein müssen, und wieder einmal Sinn und Seele gegen Geld stehen – und meistens gewinnt das Geld …

Ich kenne einige Psychiatrie-Erfahrene, für die mit Hilfe von Mitarbeiter/inne/n oder Einrichtungen ganz hervorragende Lösungen für Arbeit auf dem regulären oder geschützten Arbeitsmarkt gefunden wurden – hervorragend heißt, die Psychiatrie-Erfahrenen können dort wirklich ihre Interessen, Fähigkeiten und ggfs. Vorbildung einbringen und sind auch sonst sehr zufrieden damit. Sogar von meiner Position aus wirkt manches noch beneidenswert. Wieso

dies wohl für Einzelne möglich ist? Manchmal war da ein/e Professionelle/r, der sich besonders intensiv darum gekümmert hat. Andere machten vielleicht einen sehr viel versprechenden Eindruck. Es kommt sicherlich besser an, wenn man als Psychiatrie-Erfahrene/r schon von vornherein weiß, in welchem Tätigkeitsfeld man arbeiten oder in welches man wechseln will, oder sich schnell für eines entscheiden kann. Ein paar Psychiatrie-Erfahrene können gute Arbeitszeugnisse von vorangegangenen Stellen mitbringen, es kommen erst gar keine Zweifel an ihren Arbeitserfahrungen auf. Vielleicht sind manche auch besser angezogen oder können sich überzeugender darstellen … Ich habe damals diesen viel versprechenden Eindruck wohl nicht gemacht.

Eine andere Beobachtung möchte ich noch schildern. Da es nur eine Beobachtung ist, beruht sie vielleicht auf Zufall, und ich werde mich durch vorgebrachte entgegenstehende Tatsachen eines Besseren belehren lassen. Ich kenne nicht viele, aber doch einige wenige Menschen mit mehrfacher Psychose-Erfahrung, die einen (meist Vollzeit-) Arbeitsplatz auf dem regulären Arbeitsmarkt haben, je nach dem weniger oder sogar auch besser qualifiziert. Was mir auffällt, ist, dass diese Psychose-Erfahrenen die vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen und -programme entweder gar nicht oder nur sehr punktuell in Anspruch genommen haben. Das stürzt mich natürlich doch ins Grübeln …

Es ist ein trauriges Kapitel. Natürlich weiß ich auch, dass eine ganze Reihe von Psychiatrie-Erfahrenen vor oder während einer Berufsausbildung erkranken, ehemals ausgeübte, erlernte oder angestrebte Berufe nicht mehr ausgeübt werden können. Da kann keiner Wunder tun. Es gibt

übrigens bekanntlich auch Psychiatrie-Erfahrene, die bereits einen Beruf ausgeübt oder einen zumindest erlernt haben, manchmal auf mittlerem oder sogar gehobenem Niveau. Zum einen: nicht in jedem Fall muss solch ein Beruf wirklich aufgegeben werden, das muss erst einmal genau geprüft werden. Und auch, ob bei einem dann doch vielleicht notwendigen Berufswechsel ein ähnliches Niveau eingehalten werden kann. Und wenn's denn gar nicht mehr geht, ist es nicht notwendig, zu behaupten, der/die Psychiatrie-Erfahrene sei von vornherein für den ursprünglich gewählten Beruf ungeeignet gewesen und habe sich in der früheren Berufswahl einfach geirrt. Es ist auch absolut überflüssig, die Psychiatrie-Erfahrenen dann mittels Igelhandschuhen von der Notwendigkeit eines ganz anders gearteten Arbeitslebens zu überzeugen, und Schmerz, Trauer und auch Auflehnung gegenüber dieser veränderten Zukunftsperspektive einfach niederzuknüppeln, oder, etwas milder, zu ignorieren – ebenso wenig wie bei einer verfrühten und ungewollten Berentung. Zur Grausamkeit des Schicksals muss nicht noch zwischenmenschliche Grausamkeit hinzukommen. Es steckt nämlich wesentlich mehr dahinter als bloß der angeblich fehlende Realismus des/der Psychiatrie-Erfahrenen. Ich möchte mal wissen, was ein Oberarzt täte, wenn er plötzlich nur noch als Apothekenbote arbeiten könnte, oder ein/e praktizierende/r Dipl. Psych. oder Soz.päd., wenn er/sie seine weitere Zukunft mit dem Einräumen von Supermarktregalen verbringen müsste. Was übrigens sogar vorkommt.

Ich werde noch ein wenig aus meinem persönlichen Nähkästchen plaudern. Zuerst eine Beichte: zum Zeitpunkt meiner Ersterkrankung hatte ich zwar schon einige Jobs und befristete Arbeitsplätze gehabt, ich erkrankte je-

doch, wie manch andere, nachdem ich meine erste feste und qualifizierte Stelle angetreten hatte – kam da einfach nicht klar. Nun, das ist lange her. Die eigenen Erfahrungen, die ich in puncto Berufsleben und Umgangsweisen mit beruflichen Problemen seitdem gemacht habe und die eine Wiederholung der damaligen Situation unwahrscheinlich erscheinen lassen, konnte mir wohl niemand abnehmen. Darauf kann man übrigens auch einmal eingehen: nicht alle Menschen wissen so ohne weiteres, was denn im Arbeitsleben üblich ist. An Verdienst. An Umgangsformen. An Strukturen. Etwas anderes aber hätte man mir schon abnehmen können: Hätte ich damals über bestimmte Rechtsverhältnisse im Arbeitsleben besser Bescheid gewusst – welche Rechte und Pflichten habe ich überhaupt, und wie hängt das alles organisatorisch zusammen – wäre die damalige Problemsituation vielleicht gar nicht entstanden oder milder verlaufen. Wäre ich zu einem späteren Zeitpunkt über weitere Inhalte informiert worden, z.B. was bringt ein Schwerbehindertenausweis, wann ist er sinnvoll, welche Umschulung passt wirklich zu mir, wann kann man wegen Krankheit (oder aus anderen Gründen) gekündigt werden, wie verbessere ich meine Arbeitstechniken, was sieht der Tarifvertrag bei befristeter Erwerbsunfähigkeits-Rente vor, gibt es Anspruch auf Teilzeitarbeit, was ist Schikane und was nicht und was kann ich dagegen tun – ich hätte mich an manchen Kreuzwegen anders entschieden. Oder ist jemand der Meinung, man könne Psychiatrie-Erfahrene darüber nicht verständlich informieren? Und dann die zahlreichen anderen Probleme: wann ist es sinnvoll, am Arbeitsplatz meine Erkrankung anzusprechen, und wie mache ich das am besten? Was tun, wenn die Arbeit so erschöpfend ist, dass ich für Freizeitgestaltung keine Kraft mehr habe? Wann ist es sinnvoll, die Unterstützung von

Vorgesetzten / Kolleg/inn/en in Anspruch zu nehmen? Ich las einmal von einer professionell geleiteten Gruppe für Psychiatrie-Erfahrene, die im Berufsleben stehen[3]. Dort könnte man so etwas doch besprechen und gleich auch die Neu- bzw. Wiedereinsteiger ins Berufsleben daran teilnehmen lassen, damit sie mitbekommen, dass sie nicht allein sind und sich von den alten Hasen etwas erzählen lassen können. Meinetwegen sollen dort auch Kommunikationsübungen oder Rollenspiele zu typischen beruflichen Konflikten stattfinden. Die Therapiegruppe, an der ich in einer Phase der beruflichen Rehabilitation teilnahm, hatte lauter Teilnehmer/innen, die nicht berufstätig waren – mit meinen Problemen kam ich da gar nicht zum Zuge. Für mich kommt das heute sowieso zu spät mit so einer Gruppe. Eine nach außen hin unauffällige, aber intensive persönliche berufsbezogene Begleitung – neudeutsch nennt man das, glaube ich, Coaching – im Hintergrund zu haben, wäre mir zu manchen Zeiten auch gut bekommen und auch heute noch nicht völlig überflüssig. Kurz gestreift noch ein anderer Bereich: wenn alles gut geht, arbeite ich halt so weiter bis zur Altersgrenze. Wenn nicht alles gut geht – dann sehe ich ein zukünftiges Betätigungsfeld eher im ehrenamtlichen Bereich. Das muss dann nicht unbedingt die Psychiatrie-Selbsthilfe sein. Der Bereich »Ehrenamt« könnte bei der Suche nach Betätigungsmöglichkeiten für Psychiatrie-Erfahrene stärker als bisher in den Blickpunkt gerückt werden, zumindest für diejenigen, für die finanzielle Erwägungen nicht solch eine große Rolle spielen.

Für heute aber genug gearbeitet.

3 Schriftenreihe der Hauptfürsorgestelle des LWL Westfalen-Lippe, Psychosozialer Fachdienst: »Ich hab' noch eine Menge Zukunft vor mir!« Psychisch und geistig Behinderte im Arbeitsleben. Heft Nr. 27, S. 20 ff.

»Deutsch ist schon deshalb eine gute Sprache,
weil in ihr Mensch und Mann
nicht das Gleiche sind.«

Wolfgang Hildesheimer

Frauen, Männern und MigrantInnen

Zielgruppenorientierung

Da gibt es so schöne feministische Literatur über Frauen, die in die Psychiatrie gelangen und wie sie in der Psychiatrie wahrgenommen werden. Lesen Sie das doch bitte woanders nach, auch will ich hier nicht auf die Frage eingehen, ob Frauen eher und aus anderen Gründen psychiatrisiert werden als Männer. Mit den Händen zu greifen ist allerdings der Umstand, dass Frauen eine psychische Krise oder psychische Probleme eher zugestanden werden als Männern. Das lässt sowohl Rückschlüsse auf die gesellschaftliche Wahrnehmung von Frauen wie auch auf die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen zu. Aber ich will hier nur ein paar – eigentlich bekannte – Punkte aufgreifen. Da ist zum einen die unterschiedliche Sozialisation, die Männer und Frauen erfahren. Ihre Lebenssituation unterscheidet sich häufig, ebenso die Problemlösungsstrategien. Das kann einfach nicht sein, dass die Behandlung für alle in jedem Punkt die gleiche ist. An mancher Stelle sind die besonderen Bedürfnisse von Frauen schon sehr lange im Blick und es werden entsprechende Angebote nur für Frauen gemacht. An anderen Stellen hat man noch gar nicht entdeckt, dass es bei Psychiatrie-Erfahrenen zwei Geschlechter gibt. Viele psychiatrie-erfahrene Frauen haben noch eine sehr traditionelle Mädchenerziehung erfahren. Selbstbe-

wusstsein, Unabhängigkeit, Eigeninitiative und raumgreifendes, entdeckendes Vorgehen standen nicht unbedingt im Mittelpunkt dieser Erziehung. Wissen und Umgang mit den Faktoren, die unsere Gesellschaft bestimmen – Geld, Macht, Gesetze – ebensowenig. Hierin brauchen insbesondere psychiatrie-erfahrene Frauen deutliche Unterstützung und nicht noch eine Verstärkung der Hinderlichkeiten ihrer eigenen Sozialisation. Doch ich will nicht bei einer Negativliste stehen bleiben: ich finde es bemerkenswert, in welch hohem Maße es gerade psychiatrie-erfahrene Frauen oft schaffen, sich noch ein funktionierendes, entlastendes und ermutigendes soziales Netzwerk zu schaffen. Oder wie gut sie mit anderen Lebensmodellen als dem zunächst geplanten zurechtkommen, wie erfinderisch sie da manchmal sind. Ob diese anderen, nicht »normalen« (Berufstätigkeit und/oder Familie) Lebensmodelle Frauen eher zugestanden werden oder sie aber von vornherein mehr darüber gelernt haben, ist mir nicht klar. Wieder ein Punkt, den man untersuchen könnte …

Auf die Behinderungen, die von einer (bisher noch) typischen weiblichen Sozialisation ausgehen, habe ich schon hingewiesen. Nur kann ich auch eine positive Auswirkung feststellen: doch sehr viel mehr Frauen als Männer haben zumindest die Anfangsgründe der Selbstversorgung, der Hauswirtschaft und der gelingenden Häuslichkeit erlernt. Frau mag das mögen oder verfluchen: das kommt den Frauen zugute – gerade wenn es um Alltagsbewältigung geht, gerade wenn das Leben durch die psychische Krise auf einen sehr kleinen Radius beschränkt wird, gerade wenn in der eigenen Wohnung/Zimmer auch ein geeigneter, Geborgenheit gebender Rückzugsort gefunden werden soll. Das wären Beispiele für die geheimnisumflorten »Ressourcen« der Psychiatrie-Patient/inn/en.

Nun ist aber sogar für mich unübersehbar, dass in der Psychiatrie auch eine ganze Reihe von Männern zu Patienten werden. Auf diese könnte man auch einmal einen speziellen Blick werfen. Wieso werden Männer häufiger zwangseingewiesen? Oder häufiger obdachlos? Wie nehmen Männer eine, ihre eigene psychische Erkrankung wahr, wie gehen sie damit um, wie sprechen sie darüber? Wie sprechen sie, wenn überhaupt, über ihr Innenleben? Wie werden sie von anderen wahrgenommen? Ein Eindruck, den ich habe, ist z.B., dass es für Männer häufig sehr viel schwieriger ist als für Frauen, im Berufsleben nicht das gewünschte Ziel erreichen zu können. Obwohl es heute auch eine ganze Reihe von Frauen gibt, die ebenso darunter leiden, scheinen Männer hierüber noch stärker definiert zu sein. Verfrüht eine Rente beantragen zu müssen ist etwas, worüber viele nie richtig hinwegkommen. In anderen psychosozialen Bereichen hat man längst entdeckt, dass es hin und wieder Sinn macht, wenn Männer unter sich über ihre Rollendefinitionen, -erwartungen und Gefühle sprechen. Nur mal so als Anregung.

Im Übrigen ist dies kein Plädoyer für die Wiedereinführung grundsätzlich getrennter Stationen und Einrichtungen. Sehr viele Psychiatrie-Erfahrene nehmen es als einen bereichernden Aspekt von mehr Normalität und mehr Realität wahr, wenn beide Geschlechter zusammen sind. Ich muss diesen Nachsatz schreiben, denn wir leben im Lande der Gründlichkeit und der Grundsätzlichkeit. Es geht nur darum, dass an der einen oder anderen Stelle, in bestimmten Fällen oder zu bestimmten Zeiten der geschlechtsspezifische Blickwinkel notwendig ist, und manchmal auch ein Unter-sich-sein sinnvoller sein kann.

Jetzt habe ich über Männlein und Weiblein gesprochen, da darf ja das Allerwichtigste nicht fehlen: die Sexualität. Also zunächst fällt einem als Psychiatrie-Patientin was ganz Ungewöhnliches auf: die Psychiatrie ist (bzw. gibt sich als) ein erstaunlich asexueller Ort. Das habe ich woanders nur selten so erlebt. Vielleicht rührt das ja noch aus der Geschichte, als die Irrenversorgung in Klöstern stattfand. So, als gäbe es das gar nicht. Weder die Liebe, noch den Eros, noch den einfachen Sex. Da wird wohl schön über die Medikamente gesprochen und deren Nebenwirkungen. Unter anderem heißt es dann, dass durch die Psychopharmaka die sexuelle Lust und Empfindungsfähigkeit beeinträchtigt würden. Das ist dann aber auch schon alles, kein Sterbenswörtchen mehr dazu. Dass dadurch das eigene Lebensgefühl schwer beschädigt werden kann, dass eine Partnerschaft daran kaputtgehen kann – nichts, kein Ton. Man braucht auch nicht in der Psychiatrie mit sexuellen Problemen anzukommen – das ist sowieso alles bloß Einbildung. Seltsam, seltsam, und das bei einem Fachgebiet, das sich Seelenkunde nennt. Haben Sie als Psychiatrie-Erfahrener Partner- oder Kinderwünsche? Taktvoll wird dazu geschwiegen. Oder wenn darüber gesprochen wird, dann von der Unmöglichkeit, die selbstverständlich bei einem selbst, der/dem Psychiatrie-Erfahrenen, liegt. Natürlich ist auf diesem Gebiet eine gewisse Diskretion wichtig, und ich möchte da auch nicht nach meinen speziellen Vorlieben ausgefragt werden – aber eine so starke Tabuisierung kommt mir unangebracht vor.

Ich hätte da gern noch ein paar weitere flapsige Bemerkungen über die Angst der Psychiatrie vor dem Eros gemacht und auch gern darauf hingewiesen, dass dies ein ganz wichtiger Lebensbereich ist und es wohl kaum etwas

Gesünderes als eine gelingende Partnerschaft und/oder eine schöne und befriedigende Sexualität geben kann. Jedoch gibt es auch einige sehr ernste und schwierige Themenbereiche, die in diesem Zusammenhang zu diskutieren wären: Frauen, die in ihrem Leben oder sogar innerhalb der Psychiatrie sexuelle Übergriffe erleiden mussten, die Notwendigkeit von Frauenschutzräumen, die vielen Fragen, die sich ergeben, wenn Psychiatrie-Erfahrene zu Sterilisationen und/oder Abtreibungen überredet oder gedrängt werden. Nur verfüge ich in diesen Bereichen nicht über eigene Erfahrungen, der Austausch mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen, die derartiges erlebten, war in der Hinsicht eher oberflächlich, alles andere ist auch bloß angelesen. Ich möchte dies also gern kompetenteren Autor/inn/en überlassen und hoffe, dass mir auch frauenpolitisch Engagierte sowie feministische Vordenkerinnen diese Zurückhaltung verzeihen.

Zum Ende dieses Teils noch ein kleiner Einwurf, der eigentlich nicht meine Angelegenheit ist, sondern eine der Psychiatrie selbst. Mich würde mal eine geschlechtsspezifische Deutung der Psychiatrie interessieren, sozusagen eine Yin/Yang-Analyse. Gut, dass die Psychiatrie eine patriarchale Institution sein soll, kann ich mir an einem Finger abzählen. Ich meine jetzt auch mal nicht die Quote der Klinikleiter*innen*. Man muss nicht immer beim Offensichtlichen stehen bleiben. Aber mal näher hingeschaut: da gibt es die Anwendung körperlicher Gewalt, die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, rationalistische Naturwissenschaften und Karriere- sowie Rivalitätsdenken – alles traditionell männliche Domänen. Daneben finden aber auch eher »weichere« Disziplinen wie Psychotherapie und Pädagogik ihren Platz, es geht um Schutz und

Fürsorge, nicht selten bis zum Ver- und Überdruss der Befürsorgten, vieles geschieht über Sprache (oder sollte es jedenfalls), und dass Beziehungsarbeit einer der wesentlichsten Punkte psychiatrischer Arbeit ist, ist eine Binsenweisheit. Diese Punkte – und leider auch das Arbeiten mit Vorwürfen und moralischer Erpressung – werden häufig eher einer typisch weiblichen Haltung zugeordnet. Bei psychiatrischen Mitarbeiter/inn/en treffe ich – unter anderem – auf sehr männlich orientierte Frauen und auf sehr sensible, feminine oder mütterliche Männer. Ein interessanter Laden, unter dem Aspekt. Tja, und die Psychiatrie insgesamt – Schutz und Fürsorge, Unterstützung und Lebensförderung auf der einen Seite, Überbehütung, Zwang/ Gewalt, Verhinderung von Freiräumen, für andere »Das Beste wollen und bestimmen« auf der anderen Seite – ist das nun wirklich patriarchal? Oder eher eine matriarchale Vorgehensweise?

Ein ganz anderes Thema. Es gibt eine Gruppe von Psychiatrie-Erfahrenen, die ebenfalls eine spezifische Betrachtungsweise benötigen. Ich meine die Psychiatrie-Patient/inn/en ausländischer Herkunft. Zwar verfüge ich in der Hinsicht nur über begrenzte Erfahrungen, jedoch irritiert mich manches, was ich da an psychiatrischem Vorgehen gesehen habe. Es gibt schöne akademische Reden, in denen von interkultureller Kompetenz die Rede ist. Interkulturelle Kompetenz ist eine feine Sache, die man schon gegenüber Einheimischen nicht genug aufbringen kann, weil die Lebenswelt eines Oberarztes sich von der eines stark psychiatrisierten Sozialhilfeempfängers, der vielleicht noch nicht einmal eine Berufsausbildung abschließen konnte, sowieso sehr stark unterscheidet. Das Problem ist natürlich bekannt, die wenigen Profis, die die hier vertretenen Fremd-

sprachen als Muttersprache beherrschen, sind im Nu ausgebucht. Ich hatte manchmal den Eindruck, dass ausländische Psychiatrie-Patient/inn/en – wenn sie denn nicht einer besonderen, wissenschaftlich interessanten Kategorie zuzurechnen sind – eben nicht eine ganz besondere Aufmerksamkeit erhalten, sondern nebenbei »so mitlaufen«. Schon die Psychiatrie-Erfahrenen deutscher Herkunft haben häufig Probleme mit dem psychiatrischen Krankheitsbegriff, und ich meine, dass psychiatrische Behandlung nicht dadurch schlechter wird, dass sie auch subjektive Deutungsmodelle der Psychiatrie-Erfahrenen mit aufnimmt. Migrant/inn/en haben oft noch ganz andere Erklärungs- und Beschreibungsmodelle. Finden Sie wirklich, dass das Verfolgtwerden von bösen Geistern eine ganz archaische, rückständige Beschreibung darstellt – schon gar bei schwer traumatisierten Menschen aus (ehemaligen) Kriegsgebieten?

Auch ich habe hier oft mit bösen Geistern zu tun. Dem Geist eines schwierigen Telefonats, einer belastenden Erinnerung, eines vorangegangenen oder bevorstehenden Konflikts. Die anderen Geister, mit denen ich es zu tun habe, erwähne ich besser nicht, weil sonst mein Psychiater Sorgenfalten kriegt. Und ist das so genannte »auffällige Verhalten« wirklich ein Krankheitszeichen oder vielleicht doch eher kulturell bedingt? Sogar ich habe manchmal Schwierigkeiten klarzumachen, dass bestimmte Verhaltensweisen in meiner Herkunftsumgebung gängig und akzeptiert sind. Ausländische Psychiatrie-Erfahrene kennen nicht nur unsere medizinischen Erklärungsmodelle oft nicht, auch das Vorgehen bei psychosozialen Problemen, dass es hier für bestimmte Probleme spezialisierte, professionelle Hilfe gibt, ist ihnen oft unbekannt. Manches, was für deutsche Psychiatrie-Erfahrene schon fast eine Selbst-

verständlichkeit ist, geht meines Erachtens an den Bedürfnissen von Migrant/inn/en vorbei. Welche Vorstellung haben sie z.B. über den Sinn psychiatrischer Behandlung, über das Leben von Menschen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen (auch eingedenk der Tatsache, wie Psychiatrie/die Lage behinderter Menschen oft in den Herkunftsländern aussieht)? Welche Rolle spielen dort die Angehörigen? Ist die erlebte Stigmatisierung stärker oder gerade schwächer oder spielt sie sich auf einem ganz anderen Gebiet ab? Es gab hier mal eine Gesprächsgruppe für türkische Männer mit psychischen Problemen. Was daraus geworden ist, keine Ahnung, aber immerhin ein Anfang, und eingedenk der vorangegangenen Absätze wäre eine solche Gruppe für die Frauen doch auch nicht schlecht.

»Man darf niemals nachlassen
in seinem Ärger über das Unabänderliche.«

Joseph von Westphalen

Sonst noch was?

Rückmeldungsscheu, Chaos und der Mangel an Information

Komisch eigentlich, dass ich an einem Buch über die Psychiatrie schreibe. Ob das wohl jemand aus dem psychiatrischen Bereich lesen wird? Was mir nämlich von Anfang an aufgefallen war, ist eine ungeheure Rückmeldungsscheu in der Psychiatrie. So habe ich sie anderswo kaum erlebt. Höchstens als Kind in einer strengen Schule – da durfte man auch nicht sagen, was man davon hielt. Natürlich, wenn ich in der Psychiatrie mal an einem wissenschaftlich begleiteten Projekt teilnahm, wurde ich mit ellenlangen Fragebögen traktiert. Das, was ich wirklich sagen wollte oder zu sagen hatte, kam darin oft gar nicht vor. Regelmäßige Patienten- oder Besucherbefragungen bürgern sich nur schleppend ein. Aber ich meine mehr den psychiatrischen Alltag. Wenn denn ein Klinikaufenthalt wirklich und offensichtlich verunglückt ist – sollte man dann nicht doch danach fragen, woran das aus meiner Sicht gelegen hat? Fand ich die Atmosphäre in der Therapiegruppe wirklich vertrauensvoll und partnerschaftlich? Hat sie mir überhaupt etwas gebracht? Auch während einer Einzeltherapie kann man so etwas mal nachfragen. Wie empfand ich das Konzept der Tagesklinik? Wie ist die Atmosphäre in der Kontaktstelle, wenn man/frau dort als nichts ahnender

Neuankömmling hinkommt? Ist das wirklich nur meine laienhafte Dummheit, wenn ich sage: »diese Art von Gesprächen bekommt mir nicht«? Oder wenn ich meine, ich hätte von einer bestimmten Methode, die ich ausgiebig mitgemacht habe, keinen Gewinn? Werden meine Klagen über die Medikamente erst dann ernst genommen, wenn meine Angehörigen wegen der offensichtlichen Überdosierung Druck machen? Wie sieht es aus, wenn ich mit einer/mehreren Methode/n ausnehmend gute Erfahrungen gemacht habe und das gern wiederholt hätte? Ach so, ich bin in der Hinsicht in keiner Weise kompetent, auch dann nicht, wenn gerade keine kritische Akutsituation oder enormer blind machender Leidensdruck vorliegt, denn Psychiatrie-Patient/inn/en wissen per definitionem nicht, was gut für sie ist und können das niemals wissen. Seltsam – außerhalb der Psychiatrie wird mir zugetraut, die Leistungen eines Handwerkers, eines Zahnarztes oder sogar eines Architekten zu beurteilen. Bin ich nicht zufrieden, kann ich Nachbesserung oder Schadensersatz verlangen. Oft genug äußern Patient/inn/en Bedürfnisse – nach Ruhe oder nach Aktivität, nach Zuwendung oder Alleinsein, nach Unterstützung oder nach Nichteinmischung, und sicherlich auch nach Aufklärung. Mal in offener, mal in verschlüsselter Form. Sie meinen deshalb nun, Psychiatrie-Erfahrene kennen, wenn überhaupt, generell höchstens ihre subjektiven, niemals ihre objektiven Interessen? Wenn das Ihre Meinung ist, werde ich Ihnen gerne mal einen Besuch abstatten mit einem Trupp von Psychiatrie-Erfahrenen, die zugunsten ihrer objektiven Interessen große Anstrengungen und Verzicht geleistet haben und die Sie nicht bereits aus dem Bundesverband kennen. An vielen anderen Stellen im Leben wird sogar ausdrücklich Wert auf meine Meinung gelegt, ich werde auch gefragt, wie ich die erfahrene Leitung

oder Führung beurteile. Aber was meine Psyche, meine eigene Behandlung angeht, bin und bleibe ich anscheinend inkompetent – das geht manchmal so weit, dass selbst positive Rückmeldung an die Psychiatrie (dies oder jenes hat mir besonders gut gefallen oder sich gut ausgewirkt) abgewehrt wird. Wem bricht da welcher Zacken aus der Krone? Als Psychose-Erfahrene werde ich öfters ermahnt, meine Meinung über das, was andere Menschen von mir denken oder wollen, nicht auf Mutmaßungen zu stützen, sondern gezielt nachzufragen und geeignete Rückmeldung einzuholen. Ein schöner Ratschlag. Kann ich gerne weitergeben.

Um noch einmal auf unsere vermeintliche oder tatsächliche Inkompetenz zurückzukommen. Ich habe schon begriffen, dass Psychiatrie eine ganz hochkomplizierte, hochgeheime Wissenschaft ist, von der ein Laie nichts verstehen kann. Zum Glück gibt es mittlerweile Profis, die anderer Meinung sind und einigermaßen verständliche Ratgeber schreiben, am besten noch mit Betroffenen zusammen. Ich erinnere mich an den Anfang unserer Selbsthilfebewegung, wir wurden netterweise eingeladen und durften ein Referat halten[1]. Meine drei wichtigsten Forderungen waren damals: Information, Information, Information. Jetzt ist es viele Jahre später, was hat sich getan? An einigen Stellen durchaus Verbesserungen. An anderen Stellen ganz kuriose Entwicklungen: Informationen werden weiterhin vorenthalten, andererseits werden Psychiatrie-Erfahrene zu Informationsveranstaltungen zwangsverpflichtet[2].

1 Wolfgang Voelzke / Sibylle Prins: Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft. In: Klaus Dörner: Akutpsychiatrie – Durch Auflösung der Grenzen zum kommunalen Krankenhaus der Zukunft. Gütersloh 1992, S. 10 ff.

2 Psychoedukative Gruppen halte ich für eine äußerst sinnvolle Sache. Nur meine eigene,

Es sind also nicht nur die Patient/inn/en, die von einem Extrem ins andere fallen. Vielleicht herrscht manchmal ein Missverständnis, was überhaupt Informationsinhalt und -bedarf ist. Nehmen wir mal diese berühmten Diagnosen. Für mich persönlich war die Diagnose im Gegensatz zu vielen anderen Betroffenen hilfreich, weil ich mich damit gezielt auf Informations- und Therapiesuche begeben konnte. Unter Betroffenen ist der Wert und die Legitimation der Diagnosen umstritten. Aber sie werden nun einmal verteilt. Da ist es schon notwendig zu erklären, was unter einer »paranoid-halluzinatorischen Psychose« überhaupt verstanden wird. Man muss sich auch die paar Minuten (oder ein paar mehr Minuten) Zeit nehmen, mit mir darüber zu sprechen, wie diese Bezeichnung zu dem passt, was ich erlebt habe. Ich habe nämlich keine paranoid-halluzinatorische Psychose erlebt. Ich habe erlebt, wie die Welt untergeht, das Paradies ausbricht und Gott zu mir spricht. Was eine Beziehungsidee sein soll, dass damit eine Erlebnisweise, die ich gerade hinter mir habe, bezeichnet wird, ist mir so ohne weiteres nicht verständlich. Muss man eine »endogene« Depression wirklich als »unbegründet, unverstehbar« übersetzen? Obwohl ich zur Zeit glücklicherweise nicht depressiv bin, kann ich mindestens fünfzig gute Gründe nennen, warum man in dieser Welt depressiv sein kann, ohne dass einem selbst kurz vorher etwas ganz Schlimmes zugestoßen ist. Als ich erstmalig mit der Psychiatrie zu tun bekam, wusste ich kaum von der Existenz von Psychopharmaka. Ich hielt Baldrianpillen für gefährlich. Was das nun für Medikamente waren, weshalb ich diese Psychopharmaka einnehmen sollte, wollte mir keiner

nicht freiwillige Teilnahme an einer solchen Gruppe, in direktem Anschluss an eine mehrmonatige, schwerwiegende Krise, halte ich nach wie vor für eine ungünstige Angelegenheit. Auch zur Gestaltung dieser Gruppen ließe sich noch einiges sagen.

sagen. Ich kenne Psychiatrie-Erfahrene, die keine Psychose hatten, sondern andere Probleme, denen es ebenfalls unverständlich war, wieso sie diese Pillen einnehmen sollten – schließlich waren sie wegen eines Problems am Arbeitsplatz oder in der Beziehung in die Psychiatrie gekommen. Warum dann Tabletten? Auch noch solche, nach denen man sich schlecht und benommen fühlt? Wieso können oder wollen Ärzte – trotz Hochschulabschluss und langjähriger Praxis – ihren Patient/inn/en das nicht verständlich erklären und einigermaßen einsichtig begründen? Dann hat die entsprechende antipsychiatrische Richtung also doch Recht. Ich kenne Psychiatrie-Erfahrene, denen man überhaupt noch nie etwas gesagt hat über die simpelsten exogenen Auslöser von Psychosen. Andere suchen händeringend eine Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeit, wissen aber nichts oder kaum etwas über die durchaus vorhandenen Integrationsdienste, Zuverdienstfirmen oder Förderlehrgänge. Bei der Entlassung hat man ihnen in der Klinik darüber nichts gesagt, der niedergelassene Arzt schon mal gar nicht. Schöne Vernetzung. Geschweige denn – nein, statt zu schimpfen, will ich mal von einer guten Erfahrung berichten. Einer Freundin von mir ist nach der Entlassung von ihrem Arzt der psychiatrische Hauspflegedienst angeboten worden. Sie hat diesen gern und mit Gewinn einige Zeit in Anspruch genommen. Tja. Ich habe von dieser Möglichkeit erst erfahren, als ich es nicht mehr brauchte. Die Aufklärung über Rechte und rechtliche Möglichkeiten – ein ganz finsteres Kapitel. Nein, in puncto Zwangsmaßnahmen habe ich diese Informationen damals nicht einmal gebraucht – viele andere schon. Wohl aber im Arbeits- und Schwerbehindertenrecht. Wenn Ärzte oder Psychologen nichts über Schwerbehindertenausweise wissen, warum beraten sie einen dann dazu? Ich bin längst nicht mehr böse

darüber – ich habe inzwischen langwierige und schwierige Fortbildungen in Arbeitsrecht mitgemacht und weiß jetzt so ziemlich, was ich nach einer nächsten Krise wissen muss. Ich habe endlich auch einen wirklich kompetenten Ansprechpartner für diese Fragen gefunden. Oder im Umgang mit der Bank. Mit dem freundlichen Filialleiter habe ich inzwischen selbst ein Gespräch anberaumt, welches ganz prima verlaufen ist – normalerweise bin ich dort eine durchaus kreditwürdige Kundin. Um wieder zum psychiatrischen Alltag zurückzukehren: was mit einer fremdartig anmutenden musik- oder bewegungstherapeutischen Übung bezweckt werden soll, darf man auch ruhig einmal erläutern. Für manche Psychiatrie-Erfahrenen ist dies eine völlig neue und unverständliche Erfahrung. Ich habe so eine Morgenrunde sowie eine Vollversammlung mitmachen müssen, deren Sinn ich bis heute nur erahnen kann. Obwohl ich Ähnliches schon kannte. Da ich sonst nie in der Holzbranche gearbeitet habe – warum das so wichtig war, diese Holzklötzchen zu schleifen und anzumalen – wenigstens ein Wort hätte man doch darüber mal fallen lassen können. Wenn ein personeller Wechsel ansteht, der mich als Patient/in betrifft und für mich wichtig ist – dann ist das keine nette Art, mir das erst dann mitzuteilen, wenn der Wechsel bereits erfolgt ist und ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde.

Ich könnte noch eine ganze Zeit weitererzählen, wo es in Sachen Information hapert, aber ich will diese Erbsenzählerei sein lassen und auf ein mit Information zusammenhängendes gewichtigeres Thema kommen. Die Sache mit der Akteneinsicht. So wie ich das Gesetz verstanden habe, scheint darin zu stehen, dass die Akteneinsicht nur in besonders begründeten Ausnahmefällen verweigert werden

kann.[3] Die Rechtsprechung fasste dies bisher noch enger, aber das grundsätzliche Recht dazu blieb bestehen. Die Praxis scheint aus dem Ausnahmefall die Regel zu machen, zumal dann bei Einsichtnahme nur Oberflächendaten zugänglich gemacht werden. Wie geht es einem Menschen, wenn irgendwo ein Dossier über ihn angelegt wird, mit allen möglichen Einschätzungen, Beschreibungen und Beurteilungen, die sein psychisches Befinden und ganz persönliche Lebensbereiche betreffen, welches er aber nicht einsehen darf? Wenn er bis dahin noch keine Verfolgungsideen hatte, spätestens dann kriegt er welche. Wenn zwischen Ärzten und Kliniken über seinen Kopf hinweg Befunde ausgetauscht werden, zu denen alle ein ganz geheimnisvolles Gesicht machen – nur er soll es bloß nicht erfahren? Wer soll da noch glauben, dass Verschwörungstheorien nur Wahngebilde sind?

Es geht aber auch anders. Ich habe erlebt, wie Berichte vorher oder überhaupt mit mir besprochen wurden. Dabei kann man sich oft einigen, selbst wenn nicht, weiß ich doch wenigstens, was Sache ist, und brauche nicht hinterher dem nachbehandelnden Arzt schön zu tun, damit er mir doch bitte, bitte, mal zusammenfasst, was darin steht. Eine Einrichtung hier gibt mittlerweile Befunde in offener Form mit und erarbeitet mit Patient/inn/en ausführliche Entlassungsbriefe für den eigenen Gebrauch, und, freiwillig, auch zur Weitergabe, z.B. an Angehörige. Habe noch nichts darüber gehört, dass dort das völlige Chaos ausgebrochen ist

3 PsychKG NW vom 23.12.1999, § 18 (2) Satz 4f.: »Betroffenen, … ist auf Verlangen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren. Wenn gewichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einsicht in die Krankenunterlagen zu erheblichen Nachteilen für die Gesundheit der Betroffenen führt, kann sie unterbleiben.«

wegen dieser Maßnahme, im Gegenteil. Es wird von sehr positiven Erfahrungen berichtet.[4]

Nun habe ich das Stichwort erwähnt: das Chaos. Es heißt, das Chaos in der Psychiatrie würde durch uns Patient/inn/en produziert. Es ist natürlich leicht, das auf uns abzuwälzen, denn manchmal produzieren wir wirklich chaotische Situationen. Oder fühlen uns selbst chaotisch. Ich kann eine andere Seite erwähnen: versuchen Sie einmal, über die Zentrale einer psychiatrischen Klinik eine etwas unbedeutende Stelle in dieser Klinik zu erreichen. Da schafft man es noch eher, den Chefarzt persönlich ans Telefon zu kriegen. Oder in einem nicht ganz klaren Fall den zuständigen Dienst/Menschen im ambulanten Bereich. Ich erinnere mich an einen Krisenaufenthalt – neben etlichen anderen Leuten kümmerten sich u.a. vier Ärztinnen bzw. Ärzte gleichzeitig um mich. Den einen Arztwechsel, der dann noch stattfand, kehre ich mal unter den Teppich, die völlig verunglückte Chefarztvisite, die noch hinzukam, will ich nicht weiter erwähnen, weil ich sonst Ärger hier zuhause kriege. Man müsste doch denken, das sei optimal, wenn sich so ein ganzes Spezialistenteam um einen schart. War's aber nicht. Mag sein, dass diese Ärzteschaft sich im Grundsatz irgendwie einig war – was ich zu hören bekam, unterschied sich jedesmal. Medikamentös fand man auch keine vernünftige Linie. Es wurde daraus mein längster, erfolglosester und unglückseligster Psychiatrie-Aufenthalt – dabei hatte ich gedacht, es würde so glatt laufen wie bei dem Mal davor, wo ich es nur mit einer Stationsärztin zu tun hatte, die mich außerdem schon kannte. Sind nicht Kleinräumigkeit und Überschaubarkeit Grundprinzipien der Soteria?

4 Informationen zum Projekt »Entlassungsbriefe« bei der Psychiatrischen Tagesklinik West, Dr. von Schönfeld, Gadderbaumer Str. 33a, 33602 Bielefeld

Lang lamentieren über die Fehldiagnose, die ich bei meinem allerersten Psychiaterbesuch, ein ganzes Jahr vor der ersten und heftigen Psychose bekam, und das unmögliche Medikament damals, will ich heute auch nicht mehr. Aber was hätte man alles retten können! Es ist auch nicht besonders schön, wenn man neben einem organisatorisch bedingten Zimmerwechsel nun noch die dritte Bezugsperson hintereinander zugewiesen bekommt, ohne allerdings zu wissen, wann diese eigentlich da ist. Gestern, da wurde ich zu irgendeinem Programmpunkt mit allem Nachdruck gedrängt, heute ist es anscheinend völlig unwichtig, ob ich teilnehme. Eigentlich steht wöchentliches Wiegen auf dem Programm, doch es ist wohl zu wenig Zeit dazu, Gottseidank auch, sonst wäre aufgefallen, dass ich unauffällig das Essen verweigere und innerhalb von acht Wochen zehn Kilo abnehme. Ich bin sowieso zu dick. Dieses ununterbrochene Beschäftigtsein in den Dienstzimmern, selbst wenn auf der Station alles ruhig und friedlich ist – man mag dann doch nicht so nach der Bargeldzuteilung oder einem kurzen Ausgang fragen, das stört bestimmt wieder. Überhaupt – habe ich nun Ausgang oder nicht? Niemandem scheint das wichtig, jemand sagt, fragen Sie doch X, aber X ist erst nächste Woche wieder da, oder? Termine, die wieder und wieder verschoben werden, zum Schluss erscheint jemand ganz anderes, als ich erwartete, Termine, die einfach verschlampt werden – fast noch ärgerlicher sind Zusagen, die »vergessen« werden, und hochfliegende Behandlungsvorsätze, die ebenfalls ins wunderschöne Nichts verrauschen. Oder Entscheidungen, die an einem Tag bombenfest und für alle verbindlich, am nächsten Tag wieder völlig vom Tisch sind. Von Profis höre ich, Psychiatrie-Erfahrene brauchten Klarheit und Verbindlichkeit. Offenbar sind das dehnbare Begriffe, die zudem aus unterschiedlicher Per-

spektive anders gefüllt werden. Ist »Klarheit« ein ungemütlich kahler Aufenthaltsraum, der wenig zum Aufenthalt einlädt? Oder ein massiv verletzend konfrontatives Vorgehen? Ist Verbindlichkeit das eiserne Durchziehen von Tages- oder Therapieprogrammen, ohne Ansehen der Person und ohne Rücksicht auf Verluste?

Klar bin ich dafür, dass in der Psychiatrie möglichst fachlich übergreifend gearbeitet wird, aber man muss doch wissen, was genau man darunter versteht. Die Sache mit dem Arbeitsrecht habe ich schon erwähnt, ich habe auch keine Lust mehr, nochmal von einer Ergotherapeutin meine Kindheit analysieren zu lassen. Ob das damals so gut war, als die beiden Krankenpfleger mal kurz eine Fortbildung zum Rollenspiel gemacht hatten und mich wochenlang damit traktierten – erst Jahre später und ganz außerhalb der Psychiatrie habe ich begriffen, dass ich doch eine gewisse Begabung für's Theaterspielen habe, dass ich aus diesen Rollenspielen auch wirklich etwas lernen kann, sie sogar Spaß machen können. Hingegen der Theologe, mit dem ich mich dringend über die religiösen Erfahrungen während der Psychose und die ganzen Sinnfragen, die dadurch aufbrachen, hätte unterhalten wollen – er fand offenbar Psychotherapie inzwischen spannender als sein eigentliches Fach. Eher eine Lachnummer ist ein früherer Hausarzt, der sich voreilig durchaus zutraute, Psychosen zu behandeln, und eine selbstgebastelte Triebtheorie vortrug – armer Sigmund Freud. Eine weitere Lachnummer ist es, wenn ein und dasselbe Verhalten bei mir von denselben Personen innerhalb von fünf Minuten einmal als krankes, dann wieder als sehr gesundes Verhalten diagnostiziert wird. Aber inzwischen bin ich in dieser Hinsicht humorlos geworden. Seit einigen Jahren kümmere ich mich, so weit dies geht

und mir sinnvoll erscheint, aktiv um meine eigene Behandlung. Na klar, mit Behandlungsvereinbarung und weiteren Verfügungen, mit deutlicher Artikulation von Wünschen, Einbeziehung einer Vertrauensperson, mit, so weit das geht, genauem Aussuchen von Person und Methode. So weit und so lange ich das kann, besorge ich auch die Koordination selbst. Bestimmt findet man das übertrieben. Einfacher und anspruchsloser bin ich auch nicht geworden. Aber seitdem läuft es auch gut. Nicht zu viel und nicht zu wenig ambulante Behandlung, mit dem Erfolg bin ich auch so weit zufrieden, bei kritischen Situationen wird rechtzeitig, aber nicht überzogen reagiert, und ich darf berechtigte Hoffnung haben, dass auch eine weitere Krise oder eine mögliche Verschlechterung / sonstige Probleme ohne unnötigen Zusatzstress oder lauter leidigen Missverständnissen aufgefangen werden. Gibt es doch einmal ein richtiges Ärgernis, beschwere ich mich auf offiziellem Wege. Das hätte ich früher niemals getan – es ändert möglicherweise nichts, doch ich möchte dann wenigstens darauf hinweisen. Eines nur bekümmert mich: ich bin schließlich privilegiert. Es gibt viele Psychiatrie-Erfahrene, die aus mangelnder vorhandener Wahlmöglichkeit, Mangel an Information und Wissen, Ängsten, Eingeschüchtertsein, Resignation, (erlernter?) Hilflosigkeit, Isolation oder einfach weil es ihnen so schlecht geht, dass sie die Behandlung nehmen müssen, wie sie kommt, nicht die für sie optimale Behandlung bekommen oder gar gestalten können und es oft sehr viel dringender nötig hätten.

Bin ich zu anspruchsvoll? Wenn psychisch kranke Menschen so anspruchsvoll sein könnten, wie ich das von manchen körperlich Erkrankten kenne – da werden von den Patient/inn/en ausführlich verschiedene Kliniken und Be-

handlungsmethoden verglichen, behandeln lässt man sich nur noch von Herrn Professor Sowieso, der bekanntermaßen eine Kapazität ist, vor einer wichtigen Entscheidung werden mindestens drei unterschiedliche Fachärzte konsultiert, aus einem Ratgeberbüchlein wird der allerneuste medikamentöse oder sonstige Schrei herausgesucht, und wenn alles nichts genutzt hat oder sogar schlimmer geworden ist, gibt es eine Klage wegen eines Kunstfehlers – die Psychiatrie würde sich an mancher Stelle ganz schön umgucken.

»Es ist ein Dilemma der Menschenwissenschaften,
dass sie weithin bestimmt sind von dem Wunsch der Menschen,
vor sich selbst davonzulaufen.«

Norbert Elias

Die Wissenschaft hat festgestellt …

Forschung einmal anders

Ob im psychiatrischen Bereich zu wenig oder zu viel Forschung stattfindet, kann ich natürlich nicht beurteilen. Schließlich bin ich keine Wissenschaftlerin, sondern Psychiatrie-Erfahrene, und deshalb in allererster Linie an einer guten Praxis interessiert. Diese kommt jedoch ohne Wissenschaft vielleicht doch nicht zurecht, bleibt beim Altbekannten stehen, geht möglicherweise unnötige oder schädliche Umwege, versäumt vielleicht wichtige Chancen oder Veränderungen. Manches kann aber auch totgeforscht werden, und besonders hübsch finde ich immer Studien, in denen allseits bekanntes Alltagswissen plötzlich wissenschaftlich aufwendig bewiesen wird oder mit denen irgendwelche sehr kuriose Thesen und Themen einen seriösen Anstrich kriegen sollen. Aber das ist nicht meine Angelegenheit. Meine Angelegenheit ist es schon sehr viel mehr, dass im psychiatrischen Bereich Forschung nicht nur für, sondern unter Umständen auch an Menschen stattfindet. Denn da ist die Gefahr sehr groß, dass wir doch wieder zu Objekten werden. Nicht nur Objekte, die einer wissenschaftlichen Fragestellung, einem weiteren medizinischen oder sonstigem Fortschritt dienen – im wissenschaftlichen Bereich sind auch persönliche Interessen, das Prestige von Institutionen sowie finanzielle Belange mit im Spiel. For-

schung muss sein, aber die Beachtung der Würde der Person möchte ich hierbei eng ausgelegt wissen. Was die derzeit diskutierte Frage der fremdnützigen Forschung bei Nichteinwilligungsfähigkeit betrifft, von der auch Psychiatrie-Erfahrene durchaus betroffen werden können, so finde ich, es reicht, wenn solche Forschung, sollte sie denn wirklich notwendig sein, an Menschen durchgeführt wird, die dieser Art von Untersuchungen per Vorausverfügung zugestimmt haben. Zudem ist im psychiatrischen Bereich gar nicht immer klar definierbar, ob die Einwilligungsfähigkeit oder -unfähigkeit gegeben ist. Dazu noch eine Randbemerkung für andere oder potentielle Psychiatrie-Erfahrene: man muss nicht immer gleich das Schlimmste denken, die oben angesprochene Forschung bei Nichteinwilligungsfähigkeit ist derzeit noch nicht erlaubt. Sollte sie doch vorkommen, gehört dies an die Öffentlichkeit und vor Gericht. Es gibt aber einen anderen, damit verwandten Bereich, von dem wir heute schon betroffen sind: es wird nicht nur geforscht, sondern auch gelehrt und ausgebildet. Da kann es passieren, dass man oder frau gebeten wird, sich für eine Ausbildungsgruppe oder zu Demonstrationszwecken zur Verfügung zu stellen. Es kann weiterhin passieren, dass man selbst gerade in einem veränderten Bewusstseins- oder Gefühlszustand ist oder andere Umstände dazu beitragen, dass man eine Zustimmung erteilt, die, sagen wir mal, unter anderen Bedingungen nicht erteilt worden wäre. Ich will hier meine eigenen Erfahrungen damit nicht näher erzählen, aber wenn jemand sowieso gerade dabei ist, eine Behandlungsvereinbarung oder Vorausverfügung zu erstellen, schadet es nichts, einen entsprechenden Absatz dazu einzufügen. Umgekehrt kann natürlich jeder, dem so etwas besonderen Spaß macht, darin seine oder ihre Verfügbarkeit von vornherein anbieten.

Zurück zur Forschung. Es ist wohl schon aufgefallen, dass mein Lieblingsfach die so genannte »Salutogenese« ist, also die Erforschung der Entstehung von Gesundheit. Natürlich finden zu diesen Fragen Untersuchungen statt – nicht nur, ob und wie es möglich ist, psychischen Erkrankungen von vornherein vorzubeugen, sondern auch, was denn dazu beiträgt, dass der Mensch nach einer Erkrankung wieder zu einer möglichst guten Gesundheit, noch besser, auch zu einer guten oder zumindest befriedigenden sozialen Lage zurückfindet. Trotzdem scheint mir dieser Bereich unterentwickelt zu sein. Da lese ich ein bedeutsames Buch, in dem beispielsweise die Schizophrenie erklärt wird. Ich maße mir nicht an, dieses Buch hier zu rezensieren, aber eines fiel mir auf: Das Buch hat 160 Seiten, die Anmerkungen und das Stichwortverzeichnis nicht mitgezählt[1]. Die Aufzählung derjenigen Faktoren, die zu einer möglichst guten Wiederherstellung beitragen, nimmt gerade mal eine dreiviertel Seite ein. Dafür hätte ich mir mindestens ein ganzes Kapitel gewünscht. Wie ist denn das wirklich bei denjenigen Psychiatrie-Erfahrenen, denen es auch nach längerer oder wiederholter Erkrankung wieder ziemlich gut geht? Welche persönlichen Ressourcen brachten sie mit oder entwickelten sie mit der Zeit? Wie ist ihr eigenes Verständnis ihrer Erkrankung oder wie immer sie es benennen wollen? Wie verlief die Behandlung? Welche Rolle spielten Medikamente? Wie sah die Unterstützung durch Angehörige oder andere Menschen aus dem Umfeld aus? Und ganz platt materialistisch: welche Rolle spielte das verfügbare Einkommen? Was sagen diese Psychiatrie-Erfahrenen selbst dazu? Weiterhin: was ist denn nun mit diesen sa-

1 Gemeint ist hier das Buch von Asmus Finzen: Schizophrenie – Die Krankheit verstehen. 4. Aufl., Bonn 2000. Die erwähnte Aufzählung findet sich – unterbrochen durch ein Schaubild – auf den Seiten 110 – 112.

genumwobenen Selbstheilungskräften? Gibt es sie wirklich, wenn ja, wie sehen sie aus, wie wirken sie? Vielleicht eher von einer nichtpsychiatrischen Fakultät zu bearbeiten: spielte psychiatrische Selbsthilfe in irgendeiner Form eine Rolle? Denn, wenn ich das mal anmerken darf – da streife ich den Punkt, wo Forschung ihre Grenzen hat, weil allein schon die bloße Beobachtung soziale Situationen verändern kann – als ich vor zehn Jahren erstmals die Selbsthilfegruppe miterlebte, zeigte sich ein himmelweiter Unterschied im Hinblick auf Lebendigkeit und Kommunikation verglichen mit den Therapiegruppen, die ich bis dahin erlebt hatte. Heute ist dieser Unterschied vielleicht nicht mehr so gravierend, aber ich bin natürlich für die professionell angeleiteten Gruppen inzwischen ein ganz kleines bisschen verdorben. Ich erinnere mich übrigens daran, vor längerer Zeit mal über Modelle gelesen zu haben, die beschreiben wollten, wie Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen und Behinderungen lernen, damit zu leben oder für sich persönlich eine lebbare Einstellung dazu zu finden. Diese Modelle lauteten z.B. etwa so: Leugnung und Abwehr, aktive Auseinandersetzung und Information, schließlich Akzeptanz und neue Umgangsweisen mit den verbleibenden Beeinträchtigungen. Ob es das im Bereich psychischer Probleme wohl auch gibt oder geben kann? Ob auch Menschen mit bleibenden Problemen so genannte Kompensationsmechanismen entwickeln können? Welche pragmatischen, gänzlich unpsychiatrischen Lösungen haben Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige (und Profis) für Probleme gefunden, die mit der allerausgeklügeltsten Therapie nicht lösbar waren?

Wenn ich schon auf dem Kurs bin, nicht nur die negativen, sondern die positiven Entwicklungen genauer unter-

sucht haben zu wollen, fallen mir die oben schon erwähnten Angehörigen ein. Dass Angehörige, seien es Eltern, Partner, Geschwister oder Kinder von Psychiatrie-Erfahrenen vielfältige und schwere Belastungen erleben können, dass es notwendig ist, ihre Situation zu untersuchen, für sie Unterstützungsmöglichkeiten zu finden und zu erfinden, ist eine Selbstverständlichkeit. Darüber können die Angehörigen selbst Bücher schreiben. Für mich hätte es eigentlich keiner wissenschaftlichen Untersuchung bedurft, um zu erkennen, dass durch psychische Probleme vielfältige familiäre Konflikte und Probleme entstehen können, Familien daran zerbrechen können oder unter einem großen Leidensdruck weiterleben müssen. Das begreift man doch sehr schnell, man erlebt selbst einiges und muss sich nur ein wenig umhören. Mich interessieren mehr die Familien, die es – vielleicht nach einer mehr oder minder schwierigen Übergangszeit – geschafft haben, gut mit der Erkrankung, miteinander und der veränderten Situation leben zu lernen. Was macht solche Familien aus? Was haben sie für Lösungen gefunden, und wie, ggf. mit wessen Hilfe, haben sie diese gefunden? Sowieso, die Langzeituntersuchungen – in dem Zusammenhang fällt mir noch etwas anderes ein: in den letzten Jahren bin ich einem Problem begegnet, das ich nirgendwo erwähnt fand. Folgendes: Es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die in jungen Jahren erkrankt sind, möglicherweise haben sich dann die Eltern intensiver um sie gekümmert, das Befinden und die Situation haben sich inzwischen wohl so weit stabilisiert, vielleicht ein bisschen wackelig, vielleicht von gelegentlichen krisenhaften Einbrüchen gekennzeichnet, aber es geht alles seinen Gang. Die Zeit verstreicht, die Psychiatrie-Erfahrenen werden älter und natürlich auch die Angehörigen. Plötzlich sind es dann ausgerechnet die Psychiatrie-Erfahrenen, die sich in der Lage

wiederfinden, sich um die älter und gebrechlicher werdenden Eltern kümmern zu müssen – zugegeben, wahrscheinlich kein typisches Problem (für Nicht-Psychiatrie-Erfahrene schon!), aber ich bin ihm bereits häufiger begegnet und könnte in nicht allzuferner Zukunft selbst davon betroffen sein. Es wäre gut, wenn psychiatrische Behandlung nicht erst ihre Aufmerksamkeit dann auf dieses Problem lenkt, wenn der/die Psychiatrie-Erfahrene wegen der häuslichen Pflegebelastung schon mehrfache Klinikaufenthalte hatte.

Die Psychiatrie kann über sich selbst weiter forschen: interessiert bin ich an jeder Untersuchung, die auf die Verringerung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie gerichtet ist. Ein anderes kleines Forschungsprojekt fände ich auch interessant: es gibt immer mal wieder Menschen, die zuerst als Psychiatrie-Profis tätig waren und dann selbst psychische Probleme bekommen. Befrage man diese doch einmal – wie sehen sie nun den Krankheitsbegriff, die Psychopharmaka, das Vorgehen der Psychiatrie? Wenn sich die Sichtweise durch eigene Betroffenheit stark verändert, woran liegt das wohl? Ferner: wenn Psychiatrie-Erfahrene gründlich und ausführlich über Risiken und Nebenwirkungen informiert werden, wenn sie Akteneinsicht haben – treten die von der Psychiatrie befürchteten Folgen auf? Geschieht ganz etwas anders?

Im Bezug auf unsere überbewerteten Gehirne und die noch mehr überbewerteten Gene wird zur Zeit recht viel geforscht, ebenfalls im medikamentösen Bereich (übrigens: naturheilkundliche Forschung, besonders Pflanzenheilkunde, fände ich auch nicht schlecht). Nun nennt sich das heute vielfach »Sozialpsychiatrie«, und es liegt nahe, dass ich nicht an die Natur-, sondern an die Sozialwissenschaften

denke, wenn es diese noch gibt. Ich meine, es gab dort solche Strömungen, die sich damit befassten, Perspektiven von unten, von Seiten Betroffener zu untersuchen. Biografische Forschung vielleicht, narrative Interviews und so weiter. Ich hatte selbst schon einmal vor, die durchaus sehr interessanten Äußerungen eines ausländischen Psychiatrie-Erfahrenen auf Band aufzunehmen. Die zahlreichen Erfahrungsberichte, die heutzutage publiziert oder unpubliziert vorliegen, könnten ausgewertet werden – nein, nicht diese hochberühmten, die ein halbes oder ganzes Jahrhundert alt sind. (Wenn ich mich nicht täusche, hat der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener schon ein solches Forschungsprojekt in Arbeit!) Schlecht ist es auch nicht, differenziert und repräsentativ immer wieder nachzufragen, was Anna und Otto Normalverbraucher wirklich über Psychiatrie-Erfahrene und die Psychiatrie denken. Die Integration Psychiatrie-Erfahrener in anderen Bereichen als Wohnen und Arbeit, zum Beispiel in Vereinen jeglicher Art, politischen, religiösen oder künstlerischen Gruppierungen, Freizeitmaßnahmen – wie sieht es damit aus, gibt es Möglichkeiten, diese zu fördern, ist das von diesen Institutionen her unerwünscht oder doch nicht so problematisch? Ob sich wohl der oft vorhandene soziale und materielle Unterschied zwischen Behandler/inne/n und Klient/inn/en in der Behandlung positiv oder negativ oder überhaupt nicht auswirkt?

Es kann und sollte dazu übergegangen werden, Psychiatrie-Erfahrene so weit wie möglich an den Forschungsvorhaben zu beteiligen, sie bereits bei der Planung mit einzubeziehen. Dafür gibt es schon Beispiele. Unser hiesiger Verein Psychiatrie-Erfahrener wurde bei einem geplanten Forschungsprojekt der Klinik von Anfang an einbezogen.

Nicht, dass wir das ganze Vorhaben hätten steuern können, aber unsere Einwände und Vorstellungen wurden aufgenommen, zumindest angehört. Einige Diplomanden und Doktoranden sind auch schon auf die Idee gekommen, dass es bei der Entwicklung neuer Ansätze wichtig ist, die Betroffenen selbst vorher zu befragen.

Das kann vielleicht dazu beitragen, die Forschung am Menschen partnerschaftlicher und demokratischer zu gestalten, wissenschaftliche Geschmacksverirrungen und sonstige, ethisch problematische Untersuchungsirrwege zu verhindern. Solche Beispiele sollten Schule machen.

Beim Stichwort Schule fällt mir ein Letztes ein: Könnte nicht einmal untersucht werden, wie Informationen über »psychische Krankheiten und Gesundheiten« am besten an Schulen – aller Altersstufen – vermittelt werden können? Und wie dazu dann die Lehrpläne aussehen / ergänzt werden müssten? Verständliches Material gibt es ja zum Glück schon eine ganze Menge. Gute Schulen bringen schließlich auch gute Wissenschaftler hervor.

»Ein ›Heilmittel‹, das keinem elementaren,
für den, der es erprobt, begreiflichen Bedürfnis entspricht,
ist bereits ein Mittel der Herrschaft.«

F. O. Basaglia

Zu Risiken und Nebenwirkungen

Psychopharmaka

Über das Thema Medikamente soll man zwar keine Scherze machen, aber ich muss doch etwas erzählen, was mir kurios vorkam: neuerdings soll ich bei oder während der Medikamenteneinnahme keinen Pampelmusensaft mehr trinken. Ich hielt das zuerst für eine Internet-Ente, doch nun ist es offiziell und wird also wohl auch seine pharmazeutische Richtigkeit haben. Natürlich habe ich seitdem eine enorme Gier auf meinen sowieso schon gern getrunkenen Pampelmusensaft entwickelt. Wo doch die Muse bei mir immer so vor sich hin pampelt …

Ganz nebenbei habe ich mich somit als Pillenschluckerin geoutet. Wäre auch ein bisschen blöd, wenn ich mich hier als fanatische Gegnerin geben würde und nach getaner Arbeit routinemäßig die Tabletten aus der Filmpackung drücke. Aber um nun den Beifall von der falschen Seite gleich zu unterbinden, seien hier ein paar wichtige Bedingungen dieser Entscheidung genannt. Ja, Entscheidung. Denn damit fängt es nämlich schon an. Ich habe mich für die Dauermedikation selbst entschieden und zwar aufgrund meiner vergangenen Erfahrungen. Durchaus nicht nur, aber auch aufgrund eines Gefühls von Verantwortung gegenüber meiner Umgebung. So, wie ich lebe, steht es mir

frei, mich jeden Tag neu zu entscheiden, ob ich diese Tabletten einnehme oder wegwerfe. Das ist schon einmal die erste und wichtigste Voraussetzung. Ferner habe ich zu einer Dosis, Kombination und Präparaten gefunden, von denen ich mich im Alltag meistens nicht sonderlich beeinträchtigt fühle. Das können sehr viele Psychiatrie-Erfahrene nicht von sich und ihrer Medikation sagen. Es gibt zwar Psychiater/innen, die in der Hinsicht sehr seriös und engagiert sind, aber was ich so mitbekomme, wie viel Desinteresse von Seiten (meist niedergelassener) Ärzte es gibt gegenüber den Klagen über Nebenwirkungen (oder Spätfolgen?), wie diese Beschwerden mit einem unwirschen oder autoritären Gehabe einfach vom Tisch gewischt werden, wie oberflächlich das manchmal gehandhabt wird – da graust es einen doch. Und noch ein Umstand ist da zu nennen: ich erlebe mein derzeitiges Leben als recht befriedigend. Meine Psychosen waren für mich zwar ohne besonderen Leidensdruck, sogar einigermaßen schön, aber sie wirkten sich doch immer sehr zerstörerisch auf mein berufliches und privates Leben aus. Dieses wiederhergestellt, möchte ich es natürlich nur ungern gefährden. Zudem zieht es mich wenig in irgendwelche Kliniken – die können meinethalben Paläste mit goldenen Wasserhähnen dort hinbauen, ich muss da nicht unbedingt rein. Auch solche glücklichen äußeren Umstände können viele Psychiatrie-Erfahrene nicht vorweisen. Wenn die Psychopharmaka als so großer Segen (für wen?) gepriesen werden, ist zudem auf die vielen Psychiatrie-Erfahrenen zu verweisen, die zwar zähneknirschend, aber doch ganz nach Vorschrift die Medikamente einnehmen und denen es nicht nur dauerhaft schlecht geht – vielleicht sogar deswegen –, sondern die trotzdem in kurzen Abständen ständig Klinikaufenthalte haben. Wo ist denn da die viel gepriesene Wunderwirkung?

Oder bei denjenige Psychiatrie-Erfahrenen, die sehr schwer beeinträchtigt sind und manchmal auch ziemlich darunter leiden, wo aber die Medikamente kaum nennenswerte Wirkung zeigen?

Ferner bin ich gegen Prinzipienreiterei in dieser Frage. Es gibt sie nämlich tatsächlich, die Psychiatrie-Erfahrenen, die ganz ohne Psychopharmaka auskommen. Besonders gut scheint dies mit gleichzeitiger professioneller Unterstützung in diesem medikamentenfreien Leben zu klappen. Dann gibt es noch Psychiatrie-Erfahrene, die überwiegend medikamentenfrei leben, aber, falls sie sich kriselig fühlen, doch zu den Pillen greifen. Es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die genauso oder ähnlich denken und handeln wie ich, die manchmal sogar noch viel höhere Dauerdosierungen oder mehr Nebenwirkungen in Kauf nehmen. Skeptisch bin ich allerdings, wenn Psychiatrie-Erfahrene nun ihrerseits von Medikamenten alles erwarten oder gar ein besonderes Medikament als absolutes Wundermittel preisen. Das mag der oder die einzelne so erleben, aber allein durch Psychopharmaka findet man keine Arbeitsstelle, keine Freunde, keine eigenen Interessen, keine Freude am Leben. Im Gegenteil: durch Psychopharmaka bzw. deren Nebenwirkungen kann einem gerade dies alles verleidet werden oder verloren gehen. Ein – möglicherweise noch wortlos verabreichtes – Medikament verhilft auch nicht dazu zu begreifen, was geschehen ist, oder zumindest für sich selbst eine Erklärung zu finden. Es führt nicht automatisch zu einer psychisch gesünderen Lebensführung, zum besseren Erkennen und Handeln bei sich anbahnenden neuen Krisen, zu einem sinnvollen Umgang mit und Bewältigung der Krise im Nachhinein. Natürlich zaubert ein Medikament auch keine weiterführende Lebensperspektive herbei. Zudem, nicht

nur eine für Außenstehende sichtbare Überdosierung (muss so etwas heute wirklich noch vorkommen?), sondern auch das öffentliche Bekenntnis, Psychopharmaka einzunehmen, wirkt stigmatisierend … ich hätte da so ein paar Beispiele. Dieses Mitleid, das da plötzlich aufscheint. Die Antwort: »Also, Sie nehmen Beruhigungsmittel.« (Für meinen aufklärerischen Kurzvortrag über Neuroleptika als spezielle Medikamentengruppe berechne ich demnächst Honorar!) Die nette Dame, die wochenlang mit der Adresse einer Entzugsklinik hinter mir herlief, weil ich durch mein Eingeständnis bei ihr den Eindruck hervorgerufen hatte, ich sei tablettensüchtig, würde unkontrolliert Schlaf- und Beruhigungspillen einnehmen. Viel schlimmer das Beispiel einer Freundin, die von einer pietistisch geprägten Dame (von Beruf Ärztin, allerdings anderer Fachrichtung) zu hören bekam, mit den Tabletten ließe sie den Teufel in ihren Körper Einzug halten. (Ein Anruf beim Krisendienst wurde dadurch notwendig.) Die nicht betroffenen und nicht beteiligten Freundinnen und Freunde, die einen (nicht nur mich!) unter Druck setzen, die Medikamente auf jeden Fall wegzulassen. Psychopharmaka, das ist doch das Letzte … Die Rückmeldung, alles, was an mir Person ist, ob im positiven oder negativen Sinne, sei dann doch letztendlich auf die Tabletten zurückzuführen …

Jedenfalls, diese Wundermittelgeschichten – da kann man auch nach dem Beispiel von Billigzeitschriften sagen: »Ich fand mein Glück durch Apfelessig«.

Wo ich den Apfelessig erwähne, will ich einmal schnell eine Lanze für die Naturheilkunde und die Alternativmedizin brechen. Schulmediziner mögen das oft nicht so, da kommt schnell das herrschaftliche Gebaren »alles Quatsch«. Ich habe zwar keinen besonders ausgeprägten

Hang dazu, und die unendlichen esoterischen Weiten sind mir zuwider. Aber die Wirkungsweise so manchen pflanzlichen und besser verträglichen Wirkstoffs ist heute schon nachgewiesen, und da ist so ein inzwischen altehrwürdiges Verfahren wie die Homöopathie, welches immerhin auch von schulmedizinischen Ärzt/inn/en erlernt und praktiziert wird. Es gibt natürlich Grenzen für den Einsatz von Ringelblumentee, und ob bei einer ganz dramatischen Krisensituation ein homöopathisches Kügelchen so richtig wirkungsvoll ist, mag man ebenfalls bezweifeln. Trotzdem, viele Psychiatrie-Erfahrene machen recht gute Erfahrungen damit – wiederum in unterschiedlichen Modellen: ganz ohne Psychopharmaka-Einsatz (nein, immer ist das nicht erfolgreich – aber auch nicht immer erfolglos!), zusätzlich zu den Psychopharmaka – ob nun dauerhaft oder zeitweise – mit oder ohne Wissen oder Unterstützung ihres behandelnden Arztes. Was auf jeden Fall gesagt werden muss: Menschen, die sich der Alternativmedizin zuwenden, kümmern sich meist intensiv um ihre Gesundheit und nehmen dafür einiges in Kauf: manchmal weite Anfahrtswege, Selbstzahlung, manchmal aufwendige Therapieverfahren, Verzicht auf dieses oder jenes, oder ganz allgemein gesündere Lebensführung. Wenn die Schulmediziner dies von vornherein ablehnen, tun sie ihren eigenen Behandlungserfolgen also nicht unbedingt einen Gefallen damit. Ganz abgesehen davon, dass es natürlich genug psychische Beschwerden gibt, bei denen mildere Mittel einfach ausreichen und wo nicht mit Kanonen auf Spatzen geschossen werden müsste.

Eines vergaß ich bezüglich meiner eigenen Medikamenteneinnahme noch zu erwähnen: ich kann diese, in einem gewissen Rahmen, auch selbst steuern. Das ist auch notwendig. Es kommt zwar selten vor, dass ich zu einer spezi-

ellen Schlafmedikation greife, aber in dem Moment, wo ich dieses tue, steht kein Arzt neben mir, um mich zu beraten. Ebensowenig in den noch selteneren Fällen, wo ich das Gefühl habe, meine Dauermedikation müsse vielleicht doch einmal für eine gewisse Zeit heraufgesetzt werden. Selbst wenn ich den behandelnden Arzt dann danach anrufe – bekanntlich ergeben sich solche Augenblicke meistens Freitagabends oder am Wochenende. Es gibt Psychiatrie-Erfahrene, die wollen sich einfach nur auf ihre Medikamente verlassen können. Andere probieren selbst herum – das bringt natürlich einen gewissen Erfahrungszuwachs, aber manchmal auch eine sehr bittere Erfahrung. Es ist nicht nur wichtig, über die Medikamente zu verhandeln – es ist auch wichtig, in einen sinnvollen Umgang damit eingewiesen zu werden. Wie viel, wann, wie lange hintereinander. Ebenso wichtig ist die Unterrichtung über eine gescheite Weise der Reduzierung oder gar das Absetzen. In dem Zusammenhang: Fragen von Psychiatrie-Erfahrenen nach einer möglicherweise entstehenden Abhängigkeit müssen differenziert und ausführlich beantwortet werden. Denn selbst wenn es nicht um klassische Suchtmittel geht – die mögliche psychische Abhängigkeit ist bekannt, und die körperlichen Folgen werden bei einem nicht ganz ungefährlichen abrupten Absetzen manchmal auch deutlich erkennbar. Eine ausführliche Aufklärung über die Risiken der Psychopharmaka kann man oft auch eher den Ausführungen von Medikamentengegnern entnehmen, als dass sie einem von Ärzten geliefert würden. Wo es doch immer (in der Werbung und den Beipackzetteln) heißt, man solle diese fragen – es eigentlich auch zu ihren Aufgaben gehört. Ein ganz ernstes Thema: von Psychiatrie-Erfahrenen wird immer wieder auf durch Neuroleptika verursachte Todesfälle hingewiesen, es werden sogar Zahlen genannt. Eine ausführliche professio-

nelle Entgegnung oder Auseinandersetzung dazu muss ich wahrscheinlich ganz in den Tiefen einer medizinischen oder pharmazeutischen Fakultätsbibliothek suchen. Da ist sogar die Pharma-Industrie mittlerweile ehrlicher: auf meinem Beipackzettel, der gut als Vorlage zu einem Horrorstreifen dienen könnte, werden diese plötzlichen Todesfälle nämlich erwähnt.

Stichwort Pharma-Industrie. Diese hat natürlich ganz andere Interessen als wir. Während wir entweder ohne oder mit so wenig Psychopharmaka wie möglich auskommen wollen, wollen diese Unternehmen möglichst viel davon verkaufen. Denn ich habe noch kein Wirtschaftsunternehmen gesehen, das aufwendig ein Produkt entwickelt und herstellt, sich dann aber freut, wenn möglichst wenig davon verkauft wird. Die Profitraten liegen denen wesentlich mehr am Herzen als unser Wohlergehen. Und so kommt es, dass nicht nur Menschen, die wirklich schwer psychisch leiden oder die mit einer psychiatrischen Diagnose, über die sich vielleicht noch diskutieren lässt, belegt wurden, in der Gefahr sind, übermäßig und unnütz diese Produkte zu sich zu nehmen. Sondern auch Kinder, die sich in einer lauten und hektischen und wenig kindgerechten Umwelt laut und hektisch und wenig erwachsenengerecht benehmen. Oder ich denke an den Einsatz der Psychopharmaka im personell und finanziell gebeutelten Altenpflegebereich. Oder einfach an Menschen, die unspezifische Stresssymptome aufweisen, aus welchen Gründen auch immer. Denn, wie gesagt, es geht eher ums Geschäft. Und Ärzte werden auch schwach, besonders, wenn sie überlastet sind, es Gratispackungen, Kongressreisen ins Ausland und sonstige Geschenke gibt. Der gesamtgesellschaftliche Einsatz von Psychopharmaka ist durchaus betrachtenswert. In

einem anderen Kapitel habe ich schon einmal ein Buch von Aldous Huxley erwähnt. Darin kommt auch so eine Droge vor. Bezeichnenderweise heißt sie dort »Soma« … Da hilft nur Widerstehen.

Es gibt andere Gesundheitsbereiche, in denen ebenfalls fragwürdige oder gefährliche Medikamente verschrieben werden – auch mit unangenehmen psychischen Nebenwirkungen oder mit Spätfolgen –, die von den Betroffenen ebenfalls nicht gern genommen werden. Die Besonderheit in der Psychiatrie liegt natürlich woanders: hier gibt es die so genannte Zwangsmedikation im stationären Akutbereich und darüber hinaus im ambulanten Bereich, die durch Androhung von Sanktionen erzwungene Medikation. Von allen Zwangsmaßnahmen ist mir diese noch am problematischsten – denn es geht nicht nur darum, mittels mechanischer Mittel eine akute Gefahrensituation abzuwehren. Es erfolgt ein tiefer Eingriff in Körper und Psyche der Betreffenden. Wenn dieses von Psychiatrie-Erfahrenen als vorsätzliche Körperverletzung wahrgenommen wird, ist dies für mich gut nachvollziehbar. Insbesondere, wenn dieses im ambulanten Bereich dann noch langfristig erfolgt, frage ich mich, ob damit irgendein Ziel – und seien es auch die Ziele der in diesem Fall gegnerischen Partei – wirklich auf Dauer erreicht werden kann. Der Ehrlichkeit und Vollständigkeit halber sei auch eine andere Erfahrung berichtet: in einer Situation, in der ich in höchster Panik war, gab mir der herbeigeeilte Stationsarzt ohne jegliches Vorgeplänkel eine Spritze (nun gut, wenigstens währenddessen oder hinterher hätte er etwas dazu sagen können). Ich empfand dies als Erlösung. Allerdings: es wurde kein Zwang angewendet. Die Erlösung lag auch weniger in der Wirkung des Mittels, als vielmehr in der sehr konkreten und

handelnden Zuwendung des Arztes: da ist jemand, der tut etwas. Die Diskussion um Medikamente in der Psychiatrie sähe mit Sicherheit anders aus, wenn es die erzwungene Einnahme nicht gäbe. Ob sie ganz und gar abschaffbar ist, weiß ich nicht. Aber es kann nicht genug getan werden, um sie unnötig zu machen.

Noch eine persönliche Einschätzung: Da greifen manchmal Profis in die psychiatrische Grabbelkiste und ziehen dann dieses Zitat von Basaglia (ausgerechnet!) hervor: »Richtig angewendet sind die Medikamente eine Befreiung.« Ob ich als Betroffene das so vollmundig nachsprechen kann und muss – erst einmal: Befreiung für wen? Vielleicht eher für andere Beteiligte? Beispielsweise die Angehörigen. Von Angehörigen werden manchmal die Medikamente ganz besonders gepriesen. Nun haben auch Angehörige legitime und verständliche Bedürfnisse. Aus einem ganz anderen Grund, weil ich nämlich die Probleme von Angehörigen einigermaßen gut – in einer anderen, aber ähnlichen Rolle – kennen lernte, genießen auch Angehörige nicht immer meine volle, aber doch recht viel Solidarität. Eine kleine Spitze muss ich nun doch loswerden. Folgende Geschichte ist mir in den vergangenen Jahren mehrfach begegnet: da ist ein/e Psychiatrie-Erfahrene/r. Dessen oder deren Angehörige legen ganz großen Wert auf die regelmäßige und korrekte Medikamenteneinnahme. Es wird häufig nachgefragt, darauf hingewiesen, gedrängt oder mehr. Das Szenario ist bekannt, soll hier nicht diskutiert werden. Dann gehen die Jahre ins Land. Der Psychiatrie-Erfahrene ist längst aus dem Mittelpunkt des Interesses verschwunden. Hat vielleicht seinen/ihren Weg gefunden, lebt woanders usw. Die Angehörigen leben ihr eigenes Leben weiter. Bis sie eines Tages – wohlgemerkt *nicht* wegen des vorge-

nannten Psychiatrie-Erfahrenen – in eine Situation kommen, in denen es ihnen psychisch oder sozial oder psychosozial schlecht geht. Nach kürzerem oder längerem Zögern suchen sie einen Psychiater auf. Ist weiter nichts dabei. Der Psychiater tut, was Psychiater eben tun: er will ihnen Psychopharmaka verschreiben. Dieselben Angehörigen, die Psychopharmaka für einen Segen der Medizin und für unbedingt einnehmenswert hielten, hört man plötzlich solche Sätze sagen: »Psychopharmaka? So eine Chemiescheiße schluck' ich nicht. Was bildet dieser Arzt sich ein?! Bin ich etwa krank im Kopf? Da wird man ja nur zusätzlich beduselt von. Außerdem, Tabletten helfen da gar nichts. Meine Probleme sind durch meine Lebenssituation/meine Vergangenheit/meine Beziehung usw. verursacht und müssen auch da gelöst werden.« Diese Sätze habe ich doch schon irgendwo mal gehört … Es ist eben ein Unterschied, in wessen Schuhen man steht.

Zu den Zuständen, die in der Psychiatrie herrschten vor den neueren Medikamenten, möchte ich natürlich nicht zurück. Die ersten Jahrzehnte danach waren wohl eher so, dass das Schlagwort vom »chemischen Knebel« zutraf, was seine Gültigkeit bis heute noch nicht ganz verloren hat. Aber auch angesichts der neueren Entwicklungen mit geringeren Dosierungen, besserer Wirksamkeit und – vielleicht! – geringeren Nebenwirkungen möchte ich zu bedenken geben, dass ich eine ganze Spanne meines Lebens keine Psychopharmaka eingenommen habe und nicht im Traum daran dachte, dies zu tun – schon gar nicht jahrelang. Dass ich es nun doch tue, hat seine Gründe – aber ich sehe es eher umgekehrt: die Medikamenteneinnahme ist der Preis, den ich für meine Freiheit (das darf man wörtlich nehmen) zahle. Ob aber meine Lebensgeschichte bzw. der Teil da-

raus, der sich Krankengeschichte nennt, ohne Psychopharmaka positiver oder negativer verlaufen wäre, das kann mir letztendlich niemand sagen. Deswegen sprach ich am Anfang dieses Kapitels von meiner eigenen, persönlichen Entscheidung.

Nun ist die neuere Psychiatrie stolz darauf, dass sie nicht nur mit Medikamenten behandelt, sondern auch weitere Behandlungsmethoden kennt, und, wenn man Glück hat, auch anwendet. Die Kombination der Therapieverfahren führt aber manchmal zu seltsamen Widersprüchlichkeiten. Ein Beispiel: durch Neuroleptika verändert sich meine Körperwahrnehmung. Das heißt, so richtig spüren kann ich meinen Körper dann nicht mehr. Prompt kommt also ein Profi daher, attestiert mir eine schlechte Körperwahrnehmung und schleppt mich in irgendwelche Körperübungsgruppen oder zum Sport (das Zwangsjoggen wurde Gottseidank mittlerweile abgeschafft). Kunststück, kann ich dazu nur sagen. Psychiatrie-Erfahrene kennen solche Beispiele säckeweise.

Ich kann mich nicht entschließen, die Medikamente als unbefragte und unbefleckte Segnung zu preisen. Gerade das vergangene (20.) Jahrhundert sollte einem beigebracht haben, dass auch ganz unbezweifelbare Fortschritte neue, zum Teil völlig ungeahnte Probleme mit sich brachten. In der Medizin wird dieses Janusgesicht des Fortschritts manchmal ganz besonders deutlich. Andererseits mag ich Psychopharmaka auch nicht in Bausch und Bogen verdammen. So sitze ich zwischen den Stühlen. Zwischen den Stühlen ist viel Platz. Da lässt es sich gut nachsinnen …

»In jeder Grausamkeit steckt auch eine Schwäche.«

Seneca

Bis zur bitteren Neige

Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

Dieses Kapitel handelt von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. Die Bitterkeit, die uns Psychiatrie-Erfahrene bei diesem Thema befällt, ist vielfach formuliert worden. Ich werde sie, wenn auch in eigener Form, noch einmal formulieren, vielleicht mit einigen anderen Akzenten. Es werden in diesem Zusammenhang noch andere bittere Überlegungen angestellt werden, die mir als Psychiatrie-Erfahrene schwer fallen, die von anderen Psychiatrie-Erfahrenen und möglicherweise sonstigen Leuten abgelehnt werden. Für die Psychiatrie wird aber dieses Kapitel auch nicht besonders süß schmecken. Andere Kapitel in diesem Buch sind wahrscheinlich leichter verdaulich.

Zunächst wieder etwas zum Sprachgebrauch. Gewalt und Zwang. Die Psychiatrie legt zum Teil Wert darauf, dass sie keine Gewalt ausübt, sondern bloß Zwang. Dieser sei nämlich nicht willkürlich, sondern gesetzlich legitimiert, diene dem Schutz des Einzelnen/eines Dritten usw. Die Begründungen für diesen Sprachgebrauch gehen mehr ins Rechtsphilosophische. Ich denke, dass die Lage für einen Psychiatrie-Erfahrenen, der beispielsweise eine Zwangseinweisung, eine Fixierung oder Zwangsmedikation erlebt, meistens völlig anders aussieht. Anders als diese Art von

Rechtsphilosophie das sieht. Er/sie wird das anders beurteilen als z.B. einen ins Haus geflatterten Bußgeldbescheid. Für ihn oder sie ist das zunächst, und manchmal für immer, einfach die Anwendung von Gewalt. Ich werde mir also die Freiheit nehmen und beide Begriffe, sowohl Zwang wie auch Gewalt, für solche Maßnahmen benutzen.

Für viele Profis ist die Anwendung von Zwang in der Akutpsychiatrie – um diesen soll es hier hauptsächlich gehen – ebenfalls ein ziemlich großes Problem. Oft so groß, dass sie in diesem Bereich nicht arbeiten wollen oder manchmal den Job ganz an den Nagel hängen. Es ist natürlich auch richtig, dass nur ein ziemlich kleiner Teil der Psychiatrie-Patient/inn/en überhaupt von Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne betroffen ist. Trotzdem ist es für mich der problematischste Punkt an der Psychiatrie. Wird es vielleicht immer bleiben.

Da ist die offene oder unterschwellige Angst vieler Psychiatrie-Erfahrener, Opfer einer solchen Zwangsmaßnahme zu werden, unabhängig davon, ob ihnen das schon einmal geschehen ist oder (noch) nicht. Da ist der Umstand, dass auch in Bereichen, die von der Akutpsychiatrie weit entfernt sind, Zwangsmaßnahmen als Druckmittel eingesetzt und daneben noch ganz andere Zwänge, z. B. kommunikativer oder sozialer Art, benutzt werden. Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit wird immer noch stark davon beeinflusst. Ob das bei einer wirklich gewaltfreien Psychiatrie in dem Maße noch möglich wäre?

Ich bin auch verärgert, wie verharmlosend manchmal mit diesem Problem umgegangen wird. Es gibt Literatur über psychische Erkrankungen, auch über Psychosen, in denen die Möglichkeit der Zwangsmaßnahme oder der un-

freiwilligen Behandlung nicht einmal erwähnt wird. Anderswo wird sie erwähnt, mit dem Hinweis, dass doch viele Psychiatrie-Erfahrene diesen Zwang im Nachhinein gutheißen würden. Zunächst: Bei dieser Darstellung werden die vielen Psychiatrie-Erfahrenen unterschlagen, die die Zwangsmaßnahme auch im Nachhinein eben nicht akzeptieren. Und natürlich gibt es solche Psychiatrie-Erfahrenen, die eine Zwangsmaßnahme irgendwann später für gerechtfertigt halten oder zumindest sagen »die konnten auch nichts anderes mehr machen« oder sogar wirklich meinen, es wäre gut gewesen, das zu tun. Nur reden Sie mal mit diesen Psychiatrie-Erfahrenen. Die erlebte Zwangsmedikation oder Fixierung oder sonstige Maßnahme hat auch bei diesen Psychiatrie-Erfahrenen oft sehr tiefe, schmerzhafte psychische Narben hinterlassen. Ich dachte, die Psychiatrie kennt sich mit Traumaopfern aus. Ist eine gewaltsam durchgeführte Fixierung oder Zwangsmedikation etwa kein zugefügtes Trauma? Sie haben uns gerade doch gesagt, wir seien besonders vulnerabel. Ich kenne eine Klinik, dort werden neuerdings alle Gewaltsituationen und Zwangsmaßnahmen standardmäßig nachbesprochen. Auf die Idee, dass das wichtig sein könnte, hätte man schon sehr viel früher kommen können. Wieso finden eigentlich solche und andere gewaltreduzierenden Maßnahmen bzw. gewaltarme bzw. vielleicht sogar gewaltfreie(?) Psychiatrie-Modelle so wenig Aufmerksamkeit und Nachahmung? Vielleicht sind wir Psychiatrie-Erfahrene zu unwichtige Leute? Eine interessante Frage – ich muss doch mal in der Klinik anrufen. Ob es da schon einmal den Fall gegeben hat, dass beispielsweise ein Top-Manager fixiert wurde. Ich komme da auf viele Fragen. In Hinsicht auf die Verminderung von Gewalt und Zwang sollten die Kliniken mal in einen intensiven Wettbewerb treten …

Ich will nicht wissentlich selbst ein wichtiges Thema unterschlagen. Die Psychiatrie argumentiert, dass die Anwendung von Zwang meistens im Zusammenhang mit aggressivem oder gewalttätigem Verhalten des/der Psychiatrie-Erfahrenen stünde. Dieses kommt ebenfalls vor. Natürlich besteht auch hierüber Gesprächsbedarf. Nämlich: Für Psychiatrie-Erfahrene ist dieses ein ziemlich schwieriges, belastendes Thema, oft sehr angstbesetzt – als unmittelbar Betroffener, der eben gewalttätig geworden ist. Als Mitpatient/in auf einer Station. Als Psychiatrie-Erfahrener, der mit Medienberichten über psychisch kranke Straftäter konfrontiert wird. Zum einen besteht häufig bereits eine unterschiedliche Interpretation und Sichtweise, was eigentlich als aggressives oder gewalttätiges Verhalten beurteilt werden kann. Diese unterschiedliche Sichtweise wird man nicht in völlige Einigkeit auflösen können, aber darf das sein, dass es Psychiatrie-Erfahrene gibt, die zwar nicht mehr »böse« auf die Psychiatrie sind, sich aber beim besten Willen auch nach Jahren nicht erklären können, mit welchem Verhalten sie eigentlich eine gewaltsame Reaktion von Seiten der Psychiatrie ausgelöst haben? Es gibt in der Gesamtbevölkerung übrigens Menschen, die Gewalt, außerhalb jeder psychischen Krise, für ein legitimes und »normales« Mittel zur Durchsetzung ihrer Interessen halten. In bestimmten Milieus ist Gewalt ein durchaus übliches Phänomen. Deshalb gibt es hin und wieder auch solche Psychiatrie-Erfahrenen. Mit denen sollte ein Gespräch natürlich mindestens auch versucht werden. Für viele Psychiatrie-Erfahrene sieht die Lage aber anders aus. Sie haben oft – häufig gerade aufgrund der psychiatrischen Situation – das Gefühl, sich in einer objektiven Notwehrsituation zu befinden, in der Gewalt übrigens erlaubt ist. Von ihrer Umgebung wird das natürlich anders einge-

schätzt, darin liegt eben der Konflikt. Aber darüber kann und muss man doch sprechen! Ich kenne noch ein anderes, gar nicht mal so seltenes Motiv: aufgrund vielleicht von psychotischen Inhalten kann es dazu kommen, dass man als Betroffene/r glaubt, mit der Ausübung von Gewalt einem anderen Menschen Gutes zu tun, ihn beispielsweise vor etwas zu retten. Gewalt aus edlen Motiven also. Dieses trifft dann auf psychiatrische Gewalt aus ebenfalls edlen Motiven, nämlich diesen Menschen vor sich selbst zu schützen. Klassischer kann ich mir keine Tragödie vorstellen. Die Mitarbeiter werden oft ebenfalls traumatisiert. Traumen auf beiden Seiten. Mitten in der Psychiatrie, die dafür da sein soll, Traumata zu heilen. Manche Psychiatrie-Erfahrenen bleiben immer der Meinung, ihr eigenes aggressives oder gar gewalttätiges Verhalten sei gerechtfertigt gewesen. In manchen Fällen aggressiven Verhaltens werden sie dabei sogar Recht haben. Auch woanders gibt es mal Streit. Andere sind aber außerhalb der besonderen Ausnahmesituation sehr friedliebende Menschen, die sich eigenes gewalttätiges Verhalten eigentlich gar nicht vorstellen konnten. Sie waren bisher mit Gewalt höchstens in der passiven, erleidenden Rolle konfrontiert – und sind dann ziemlich schockiert über die selbst angewandte Gewalt. Auch damit werden sie oft allein gelassen. Die Psychiatrie interessiert sich erst dann wieder dafür, wenn der/die Betreffende sich aus lauter Verzweiflung das Leben nehmen will …

Zu dieser so genannten »Selbstgefährdung« – ein dehnbarer Begriff. Jemand, der, weil er es eilig hat, eine befahrene Straße bei Rot überquert, gefährdet sich auch selbst. Aber ich sprach bereits in einem anderen Kapitel davon, dass ich mir an mancher Stelle einen differenzierteren Umgang damit in der Psychiatrie wünsche. In meinen Psycho-

sen kann sich beispielsweise die Vorstellung darüber, was Leben und Tod eigentlich bedeuten, sehr stark verändern. Diese so genannten »selbstgefährdenden Tendenzen« haben manchmal nichts damit zu tun, dass ich wirklich aus dem Leben scheiden will. Ich beurteile Situationen nur aus einer völlig anderen – gut, eben nicht realitätsgerechten – Perspektive. Diese hat die Psychiatrie aber bisher noch niemals kennen lernen wollen. Würde sie sie aber kennen, ergäben sich möglicherweise gar keine »selbstgefährdenden« Momente mehr. Vielleicht auch keine »fremdgefährdenden«. Die ganze Aufregung und Auferlegung von Auflagen würde sich erübrigen.

Es fällt natürlich auf, dass ich doch ein sehr wichtiges und schwieriges Thema bewusst ausklammere – die forensische Psychiatrie. Mangels genauerer Kenntnisse. In dem Zusammenhang aber etwas anderes: von ziemlich vielen Psychiatrie-Erfahrenen (in der Allgemeinpsychiatrie) werden Zwangsmaßnahmen, auf jeden Fall zunächst, manchmal bleibend, nicht als Schutzmaßnahme, sondern als Sanktion bzw. Strafe erlebt. So werden sie übrigens mitunter von Professionellen auch durchaus angewendet. Das ist sehr problematisch. Zwar gibt es da manchmal Übergänge – siehe eben forensische Psychiatrie – aber dieser Sanktions- oder Strafcharakter sollte doch nachdrücklich vermieden werden. Denn: was ist das für eine Vorstellung von Pädagogik! Und von Sanktion und Strafe! Eine Sanktion, die ziemlich unvorbereitet über die Betroffenen hereinbricht, die sie oft als willkürlich erleben, bei der sie das Gefühl haben, sich nicht dagegen wehren zu können. Darf es das bei volljährigen Bürgern geben? Es gibt zwar Möglichkeiten, sich dagegen zu wehren. Einige Psychiatrie-Erfahrene schaffen es, schnell einen Rechtsanwalt zu nehmen oder

gerichtliche Verfahren anzustrengen. Die meisten sind juristische Laien, das gesamte Gebiet des Rechts ist ihnen ziemlich fremd, Psychiatrie-Recht sowieso. Zwar gibt es Kliniken, die ziemlich »korrekt« verfahren, sich um Minimierung von Zwang und schonenden Umgang bei doch unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen bemühen – aber eine gezielte Aufklärung Psychiatrie-Erfahrener über ihre Rechte in solchen Fällen ist nicht gerade Standard. Oder gibt es das inzwischen in allen Kliniken, dass dort z.B. Handzettel ausliegen, die auf die Rechte der Patienten bei Zwangsunterbringung hinweisen? Das wäre fast zu schön, um wahr zu sein. Aber nicht zu schön, um wahr zu werden.

Nun gut. Es gibt inzwischen andere Stellen, wo wir uns informieren können. Selbsthilfeorganisationen beispielsweise. Nächsten Herbst will unsere Selbsthilfegruppe mal einen damit befassten Richter einladen. Vielleicht bekommen wir dann die nötigen Informationen. Ist aber eigentlich Aufgabe der Psychiatrie.

Alle nur möglichen Konstellationen und Interessen kann ich hier natürlich nicht erörtern. Es können nur Ausschnitte aus dem Problem gestreift werden. Ich trage, wie viele andere, in mir den Wunsch nach einer wirklich gewaltfreien Psychiatrie. Es wird behauptet, das werde niemals möglich sein. Das Fliegen hat man auch einmal für unmöglich gehalten. Trotzdem ist das Argument des Schutzes bei Selbst- und Fremdgefährdung für mich nicht ganz von der Hand zu weisen. Wer nun meint, ich sagte dieses vorwiegend aus Sorge um die Betroffenen oder gar die Interessen der Allgemeinheit, der tut meinem Charakter zu viel Ehre an. Es steckt mehr Eigennutz dahinter. Einige meiner Freunde und etliche meiner Bekannten wären nämlich ohne diesen psychiatrischen »Schutz« inzwischen tot

oder säßen im Gefängnis. Ich wäre ziemlich einsam. Die Menschen, die ich kenne, haben übrigens alle erklärt, gegenüber einer Justizvollzugsanstalt sähen sie die Psychiatrie doch noch als kleineres Übel an. Nein, ich möchte nicht gegen meinen Willen »behandelt« werden. Wie komme ich dazu, so etwas zu bejahen. Etwas anderes ist die Rettung aus akuten Gefahrensituationen. Ich möchte nicht aufgrund einer vorübergehenden andersartigen Realitätsinterpretation einem anderen Menschen schweren körperlichen Schaden zufügen. Und ich wünsche mir, möglichst gesund und möglichst lange zu leben. Ob diese »Rettung« dann gegen meinen »Willen« erfolgt – die interessanteste Frage daran ist, was überhaupt als mein »Wille« bezeichnet werden soll. Dieser sieht, gänzlich unabhängig von Psychiatrie, sowieso je nach Situation verschieden aus, ändert sich auch im Laufe der Jahre. Ist mein »Wille« das, was als Lust- oder Unlustregung in mir auftaucht? Ist mein Wille das, was ich als Bedürfnis in einer hochgradigen Angst- oder Bedrohungssituation empfinde? Oder ist, andersherum, mein Wille nur das, was als streng objektivierbare Zielsetzung nachweisbar ist, bar jeglicher persönlichen Vorliebe und Emotion, beispielsweise eine bestimmte rechtliche, berufliche oder soziale Situation? Das Problem der Willensfreiheit wird auf psychiatrischer Seite mehr so unter neuro- und tiefenpsychologischen Aspekten untersucht. Es gäbe noch andere Herangehensweisen. Bei dem Begriff »Willensbildung« darf man auch eine Weile Halt machen. Die Psychiatrie hat sich lange nicht besonders für meinen Willen interessiert. Die Antipsychiatrie leider auch nicht. Ich sagte schon, hier ist von Bitterkeiten die Rede.

Diesmal ein paar Worte zum Eingangszitat. Die Schwächen, die bei uns Psychiatrie-Erfahrenen festgestellt

oder vermutet werden, wenn wir Gewalt anwenden, werden vielfach beschrieben. Oft, ohne uns selbst dazu ausführlich zu befragen. Worin sehe ich aber die Schwäche der Psychiatrie, wenn sie solche Mittel anwendet? Ist es Willkür oder persönlicher Sadismus? Dies wird leider in Einzelfällen vorkommen, und es muss dem mit allen Mitteln entgegengetreten werden. Von uns Psychiatrie-Erfahrenen, besondere Verantwortung hierfür liegt aber bei den Professionellen. Entgegen anders lautender Äußerungen lasse ich mich nicht davon abbringen, dass die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie an bestimmten Stellen mit Personalknappheit, zu gering qualifiziertem oder zu unerfahrenem Personal zusammenhängt. Liegt die besondere Schwäche der Psychiatrie darin, dass sie sich als medizinische Disziplin zu einem Instrument sozialer Kontrolle machen lässt, zum Helfershelfer des Staates oder der Gesellschaft wird? An diesem Vorwurf ist natürlich etwas dran. Nicht bloß, weil ihr diese soziale Kontrollfunktion tatsächlich offiziell zugeschoben wird und sie diese auch akzeptiert. Ich meine nämlich, dass sämtliche sozialen bzw. helfenden Institutionen gleichzeitig immer zur sozialen Kontrolle beitragen, ob sie wollen oder nicht. Auch medizinische Instutionen – körpermedizinische, versteht sich. Nur bei der Psychiatrie ist dies offiziell so benannt. Solche Aufsehen erregenden und grundrechtsschädigenden Mittel finden sich sonst nirgendwo. Der große Klumpen Wahrheit, der für mich in diesem Vorwurf steckt, liegt darin, dass diese soziale Kontrollfunktion bei der Psychiatrie ganz enorm missbrauchsanfällig ist. Ich brauche dazu nicht nur auf die verbrecherische Vergangenheit speziell der deutschen Psychiatrie zurückzublicken. Bekannt ist, dass nach 1945 in der Sowjetunion politische Dissidenten in psychiatrische Anstalten gesteckt wurden. Heutzutage werden

z.B. noch in China Menschen, die dem Regime missliebig sind, u.a. in psychiatrischen Kliniken festgehalten.[1]

In unserem Land muss man die Erfahrungsebene ein wenig verlassen und sich mit mehr theoretischem, statistischem Material auseinandersetzen – die Einordnung eines Menschen als psychisch krank und die Maßstäbe für die Anordnung von Zwang scheinen nicht überall dieselben zu sein. In vergleichbaren Städten oder vergleichbaren Kliniken unterscheiden sich die Zahl der Zwangseinweisungen oder klinikinterner Zwangsmaßnahmen manchmal erheblich.[2] Auch dahinter verbirgt sich Missbrauch. Es ist daher nicht nur eine enge Auslegung nötig. Die Mittel, die die Psychiatrie in der Hand hat, müssen transparent und immer wieder kontrollierbar sein. Demokratisch kontrollierbar. (Da fällt mir ein, ich wollte noch bei der Stadt anrufen und erfragen, wie viele Zwangseinweisungen es in unserer Stadt im letzten Jahr gab. Wie wir im statistischen Schnitt wohl liegen? Und wo ich das mal nachdrücklich zum Thema machen kann?)

Die eigentliche Schwäche der Psychiatrie liegt in meinen Augen allerdings woanders. Sie betrifft nicht nur die Psychiatrie, sondern alle im engeren oder weiteren Sinn Beteiligten. Die Psychiatrie aber besonders, denn diese schwingt sich zu der Behauptung auf zu wissen, was psychische Krankheit ist, wer als psychisch krank zu betrachten ist, wie dies zu behandeln sei, und zu wissen, was »das Beste« für den Patienten ist – und wann Zwang angewendet werden muss. Diese Schwäche, die uns alle betrifft, die die Psychiatrie aber oft nicht eingestehen will, die Schwäche heißt: Ratlosigkeit.

1 siehe u.a.: amnesty international: Jahresbericht 2001, Frankfurt/M. 2001

2 siehe u.a.: Georg Bruns: Die psychiatrische Zwangseinweisung, in: Michael Eink (Hg): Gewalttätige Psychiatrie – ein Streitbuch, Bonn 1997

»Ja, nun weiß ich, was Gruseln ist.«
aus: Von einem, der auszog,
das Fürchten zu lernen.

Immer dieser Zirkus

Zu viel und zu wenig psychiatrisches Handeln

Dies wird ein Kapitel werden, in dem ich mir selbst ständig widerspreche. Weil ich nämlich eine widersprüchliche Person bin. Weil psychische Erkrankung eine widersprüchliche Sache ist. Weil ich die Psychiatrie für ein äußerst widersprüchliches Gebilde halte. Weil … nein, die ganze Welt und äußere Realität, das wird mir jetzt doch eine Nummer zu groß. Worum geht es also? Um etwas, das auch wiederum eine widersprüchliche Sache ist. Um das richtige Maß von psychiatrischem Handeln. Um die Frage, was geschieht wohl, wenn Psychiatrie zu viel handelt. Oder zu wenig.

Sie ahnten mittlerweile schon längst, dass sogar ich als Psychiatrie-Erfahrene (leider) Situationen miterlebt habe, sowohl meine eigene Person als auch andere Psychiatrie-Erfahrene betreffend, in denen ich mir psychiatrisches Handeln gewünscht hätte? Die Psychiatrie aber nicht reagiert hat? Obwohl ihr Handeln teilweise sogar eingefordert wurde? Davon handelt dieses Kapitel.

Ich wende mich erst einmal dem beliebteren Streitpunkt zu – dem übermäßigen Handeln in der Psychiatrie. Sehr vieles ist dazu schon abgehandelt. Eigentlich wissen schon alle Bescheid, dass jemand nicht länger oder intensiver be-

handelt werden darf, als dies wirklich nötig ist. Wegen allem Möglichen, vor allem wegen des ungünstigen therapeutischen Effektes. Wegen der persönlichen Freiräume natürlich auch. Soll ich auch noch mal ein Beispiel bringen? Na gut.

Da ist eine Psychiatrie-Erfahrene in einer betreuten WG. Neben ihrer psychischen Erkrankung liegen bei ihr noch weitere Beeinträchtigungen vor. Sie schlägt sich aber sehr tapfer. Bekommt eine kleine Rente, hat sogar Zuverdienst. Mit ihrem Geld kann sie gut umgehen. Sie schafft es sogar, für größere Anschaffungen, beispielsweise einen Fernseher, Geld beiseite zu legen, und diese Anschaffungen dann selbstständig zu erledigen. Angesichts ihrer Lage ist das sehr bewundernswert. Eines Tages kommt es zu einem bis heute nicht richtig aufgeklärten Vorfall. Das ganze Geld ist weg. Das Konto ist drastisch überzogen. Die Mitarbeiter greifen ein. Übernehmen ihre Geldverwaltung. Teilen ihr regelmäßig etwas zu. Für besondere Ausgaben auch einmal etwas mehr. Das Konto ist bald wieder aufgefüllt. Die Geldverwaltung liegt weiter bei den Mitarbeitern. Es wird auch regelmäßig etwas beiseite gelegt. Nun ist es etliche Jahre später. Das Geld wird immer noch, wie beschrieben, von den Mitarbeitern verwaltet. Die Psychiatrie-Erfahrene äußert sich nicht eindeutig zu dieser Situation. Sie war schon immer sehr loyal bezüglich psychiatrischen Mitarbeitern. Die Mitarbeiter haben ihr bisher nicht den Vorschlag gemacht, die Finanzverwaltung wieder in die Hand dieser Psychiatrie-Erfahrenen zu legen. Auch über mögliche Übergangslösungen wurde noch nichts geäußert. Nein, ich habe diese psychiatrischen Mitarbeiter nicht gefragt, warum sie das so handhaben. Vielleicht haben sie tatsächlich gute Gründe für ihr Handeln. Es ist mir bloß aufgefallen.

Ein anderes Beispiel: Da ist eine Psychiatrie-Erfahrene, der es über Jahre hinweg ausgesprochen schlecht geht. Sie wird intensiv betreut, kann sich vor lauter Betreuung kaum noch rühren. Dann bessert sich ihr Befinden erheblich und auch nachhaltig. Niemand kommt auf die Idee, den Betreuungsschlüssel herunterzusetzen. Bis endlich die Betroffene selbst die Initiative ergreift und alle notwendigen Schritte einleitet. Als sie später sämtliche Betreuung kündigt und in eine eigene Wohnung zieht, ist da keine helfende Hand – nur Skepsis und Ungläubigkeit.[1]

Ferner frage ich mich bei einer anderen Psychiatrie-Erfahrenen, ob die sich häufenden und immer länger werdenden Klinikaufenthalte, das immer mehr Herumprobieren mit Medikamenten und Reha-Versuchen, wirklich die Mittel der Wahl sind. Ihre häusliche Situation würde ich nämlich als sehr belastend empfinden. Vielleicht lässt sich diese nicht ändern, vielleicht will die Psychiatrie-Erfahrene keine Änderung. Aber praktische Unterstützung zu Hause könnte sie gebrauchen. Wie ich sie kenne, hätte sie auch gegen vermehrte Hausbesuche nichts einzuwenden.

Auch »qualitativ« kann man zu viel des Guten tun. Ich berichtete bereits, dass ich etwas dagegen habe, wenn Nichtpsycholog/inn/en allzu psychologisierend vorgehen. Hierzu eine Geschichte: Ich kenne eine ganze Reihe von Psychiatrie-Erfahrenen, die in betreuten Wohngruppen leben. In vielen dieser Wohngemeinschaften gibt es regelmäßige Haus- oder Vollversammlungen unter professionel-

1 Das Spannende an *dieser* Geschichte ist, dass die Besserung eintrat, nachdem die Psychiatrie-Erfahrene heimlich ihre Medikamente absetzte – die einzige autonome Handlung, die ihr noch übrig blieb. Ihr geht es heute nach wie vor gut. Die Heimlichkeit der Medikamentenfreiheit wurde auch überwunden, ihre behandelnde Ärztin unterstützt sie inzwischen darin.

ler Anleitung. Für solche Veranstaltungen kann ich zwar keine besondere Begeisterung entwickeln, kann aber doch nachvollziehen, warum das sinnvoll sein soll. Was mir aber aus einer auswärtigen Wohngruppe zugetragen wurde – das hörte sich nicht danach an, dass auf den Sitzungen das häusliche Zusammenleben oder Organisatorisches geregelt wurden. Das hörte sich nach intensiver Selbsterfahrungs- oder sogar Encountergruppe an. Angeleitet von Mitarbeiter/inne/n ohne eine dafür notwendige Ausbildung. Von den Bewohnerinnen wird das nicht sehr positiv aufgenommen. Dass es ihnen gut täte, konnte ich auch nicht beobachten. Und wo ich doch immer dachte, Psychose-Erfahrene sollten solche Gruppen, wenn überhaupt, mit Vorsicht genießen …

Was kann ich sonst noch dazu beitragen? Vielleicht eine weitere Erfahrung. Psychiatrische Versorgung wird nach meinem Eindruck immer umfassender und lückenloser. Einerseits ist das gut, damit es niemanden gibt, der durch das Netz fällt, wenn er Hilfe braucht. Damit sich jemand auch für diese Menschen, die die psychiatrische Hilfe nicht aufsuchen können, verantwortlich fühlt. Andererseits: für mich muss der Weg, sich psychiatrischer Behandlung gezielt zu entziehen, offen bleiben. Ich spreche einen Moment lang mal nicht von jenen Psychiatrie-Erfahrenen, die generell keine Behandlung wollen oder die den Sinn psychiatrischer Behandlung für sich selbst nicht erfahren konnten. Mit dem Grundgesetz und einem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, welches, in einem bestimmten Rahmen auch die Möglichkeit eines Rechtes auf Unglück beinhalten könnte, will ich auch nicht schon wieder ankommen. Ich meine hier einige andere Psychiatrie-Erfahrene. Diese sehen den Sinn psychiatrischer Behandlung durchaus ein. Sie

sehen auch ein, dass sie eine besondere Beeinträchtigung haben, ihre soziale Lage nicht besonders gut oder sogar einigermaßen verdorben ist, und dass intensivere psychiatrische Begleitung möglicherweise nicht schaden könnte. Sie nehmen psychiatrische Behandlung auch in Anspruch, meistens medikamentöse Behandlung. Auf sehr viel weitere Maßnahmen lassen sie sich nicht so unbedingt ein. Oder wenn, versuchen sie, diese sehr gezielt auszusuchen. Sie denken jetzt, ich rede hier von mir selbst? Vielleicht auch ein wenig. Aber ich meine eigentlich einige wenige andere Psychiatrie-Erfahrene, die ich kennen gelernt habe. Ich würde das nicht unbesehen zur Nachahmung empfehlen. Aber ich kenne die paar Beispiele, wo auch Menschen mit einigermaßen gravierenden Beeinträchtigungen sich an der sie umgebenden Realität regelrecht »gesundgestoßen« haben. So muss man das wohl nennen. Das gibt es also auch. Oder vielleicht haben sich diese Menschen gar nicht gestoßen, sondern, so wie ich, eine Nische erarbeitet oder gefunden. Wie gesagt, mit Vorsicht zu genießen. So etwas kann auch schief gehen. Mir wäre es eigentlich wichtiger, darüber ins Gespräch zu kommen, zu überlegen, was man wohl aus solchen Begebenheiten folgern oder auch nicht folgern könnte. Es ist mir wichtig, dass auch dieser Weg offen bleibt. Meistens spielt übrigens eine enge, langjährige Beziehung zu einem/einer Professionellen in irgendeiner Weise dabei eine Rolle.

Hinzu kommt noch etwas anderes: Der Wert des Verbleibens in oder des Kontakts mit »gesunden« Strukturen. Ich hoffe, es ist klar geworden, dass ich viel und sehr gern mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen zusammen bin. Die Gespräche, die ich mit manchen Psychiatrie-Erfahrenen führen konnte, gehören zu den offensten und fruchtbarsten meines Lebens. Dennoch bin ich froh, dass an meinem Ar-

beitsplatz die meisten Kolleg/inn/en keine Psychiatrie-Erfahrenen sind. Nicht nur, weil ich dadurch diese Rolle verlassen kann. Sondern auch die Themen, über die gesprochen wird, die Sichtweisen, die Lösungen, die gefunden oder nicht gefunden werden, sind manchmal ganz andere. Oder der Kontakt zu nicht betroffenen Familien mit Kindern – einmal Familienleben mitbekommen mit den »üblichen« Freuden und Nöten. Oder einfach nur einmal an einem Freizeitkurs oder einer Gruppe, ganz weitab von der Psychiatrie, teilnehmen, sich auf völlig andere Denk- und Handlungsebenen begeben. Ganz abgesehen von den Möglichkeiten, für eigene Schwächen Lösungen zu finden, die gänzlich unpsychiatrisch sind.

So viel zum Thema übermäßiges Handeln.

In das Thema zu wenig Handeln, welches von Psychiatrie-Erfahrenen vielleicht nicht so oft oder auf anderen Gebieten diskutiert wird, will ich versuchen, einen sanften Einstieg zu finden, da doch ein paar härtere Beispiele folgen werden. Von möglicher Unterforderung ist in einem anderen Kapitel die Rede gewesen. Aber wir werden meist darauf hingewiesen, uns nicht zu überfordern. Dieser Hinweis hat natürlich seine Berechtigung. Leider habe ich auch psychiatrisches Handeln erlebt, von dem ich mich persönlich überfordert fühlte. Andere Psychiatrie-Erfahrene erleben solche Dinge auch. Sehen Sie, wenn ich durch die so genannte »Minussymptomatik« und eine erkleckliche Dosis Medikamente sowie auch aufgrund einer erst kürzlich zurückliegenden, noch völlig unbewältigten Krise sehr verlangsamt bin, um 7 Uhr früh aus dem Haus gehen muss – in der kalten Dunkelheit eine halbe Stunde Fußweg –, um pünktlich in der Tagesklinik anzukommen, weil ich dort nämlich so genannten Frühstücksdienst habe, was bedeu-

tet, mit einem anderen Psychiatrie-Erfahrenen ein Frühstück für 25 Personen vorzubereiten, in einem Tempo, welches in diesem Zustand für mich eine wahre Windeseile darstellt – dann bin ich überfordert. So etwas würde ich überhaupt nur in sehr guten Zeiten schaffen. Abgesehen davon, dass größere Speisesäle sowieso nicht mein Fall sind. Meine Bitte um Erleichterung verhallte ungehört. Programme einer Tagesstätte – für einige Klient/inn/en zu viel. Für andere viel zu wenig.

Situationen gibt es – eine Nachbarin beispielsweise. Im Allgemeinen pflege ich recht gute Kontakte zu Nachbarn, weil mir die Qualitäten von Nachbarschaften aus Erfahrung bekannt sind. Zudem bin ich mit einem Sprichwort aufgewachsen, welches so ungefähr hieß: ein naher Nachbar ist besser als ein ferner Freund. Nur einmal hatte ich eine schlechte, sogar sehr schlechte Erfahrung. Diejenigen Erfahrungen, die sie von Psychiatrie-Erfahrenen kennen. Es war die falsche Wohngegend. Vor drei Jahren bin ich deshalb in eine Wohngegend gezogen, die viel besser zu mir passt. Die Nachbarschaftsverhältnisse hier sind, wie gewohnt, sehr erfreulich. Ich pflegte also diesen Kontakt zu dieser Nachbarin, einer älteren Frau. Eines Tages entwickelte genau diese Nachbarin eine Psychose. Ich hatte nicht gewusst, dass sie vorher schon einmal daran erkrankt war, hatte aber die eigene Erfahrung schon hinter mir. Sie glaubte, die neben ihr wohnende Mietpartei würde ihr die Luft aus der Wohnung saugen und alle überall elektrische Leitungen verlegen. Suchte Schutz in meiner Wohnung, doch geeignete Hilfe konnte ich nicht leisten. Ich wusste aber, dass ihr Hausarzt regelmäßig nach ihr sah. Also sprach ich ihn darauf an. Er sah sich außerstande, etwas zu unternehmen. Im Nebenhaus lebende Angehörige ebenso. Diese, wie gesagt, ältere Frau, verließ also ihre Wohnung

und verschwand. Letzten Endes musste sie wohl doch in der Psychiatrie gelandet sein, weil ich nach einigen Monaten sah, wie ein Pfleger sie nach Hause begleitete. Einen Krisendienst gab es dort nicht. Krisendienste – eine sehr wertvolle Einrichtung.

Aber auch mit Krisendienst: eine sehr enge Freundin von mir, mit der ich regelmäßig telefonierte, entwickelte plötzlich das, was als Beziehungsidee bezeichnet wird. In ziemlich starkem Maße. Meinen Hinweis, sie könne psychotisch sein und müsse ihren Arzt aufsuchen, konnte sie nicht mehr annehmen. Da ich außerdem wusste, dass vorangegangene Krisen meiner Freundin immer sehr eskaliert waren, rief ich also diesen Krisendienst an und erklärte die Situation. Man riet mir, doch noch zu versuchen, mit der Freundin ins Gespräch zu kommen. Das ging nicht mehr. In der Nacht erhielt ich von dieser Freundin einen Anruf, der mit den Worten begann »Alarmstufe rot!«, woraufhin sie weitere Beziehungsideen äußerte. Natürlich rief ich am nächsten Tag wieder den Krisendienst an. Man gab mir gute Ratschläge. Insgesamt rief ich in jener Woche viermal beim Krisendienst an. Eigentlich bin ich dort nicht als Daueranruferin bekannt. Meine Freundin wurde immer unzugänglicher. Der letzte Anruf erfolgte an einem Samstag. – Übrigens: bei den jeweiligen Anrufen konnte sich nie jemand an meine vorangegangenen Anrufe erinnern. Bei diesem letzten Anruf riet man mir dann, doch die Angehörigen meiner Freundin zu verständigen. Diese kannte ich ebenfalls. Es bedeutete natürlich einen Vertrauensbruch, ich tat es trotzdem. Die Angehörigen waren tief besorgt, sahen sich außerstande: »Sie will uns dann nicht sehen«. Ich telefonierte nicht mehr. Wartete ab. Irgendetwas würde schon passieren. Passierte auch. Der Krisendienst rückte aus. Um die Mitternacht desselben Tages. Zu meiner

Freundin. Alle waren einmal wieder dabei: Polizei, Angehörige, Vermieter. Wie es dann weiterging, brauche ich nicht zu schildern. Die Betreffende hat heute noch große Berührungsängste mit psychiatrischen Themen.

Zwei Tage später rief ich übrigens doch noch mal bei diesem Krisendienst an. Hatte ich mich falsch verhalten? Aber der Mitarbeiter am Telefon wusste nichts von der ganzen Sache.

Ein weiteres Beispiel: In einer betreuten Wohngemeinschaft entwickelt sich eine sehr ungünstige zwischenmenschliche Situation – zu Lasten einer Bewohnerin. Als Besucherin bemerkt man das fast sofort nach Betreten der Wohnung. Alle, die diese WG kennen, wissen darum Bescheid. Die betroffene Psychiatrie-Erfahrene wagt lange nicht, die Mitarbeiter/innen daraufhin anzusprechen – vielleicht würde es dann noch mehr Ärger geben. Bei etwas genauerem Hinsehen der Betreuer hätte es dieses Ansprechens gar nicht bedurft. Auf jeden Fall dauert es mehrere Jahre, bis die Mitarbeiter einschreiten. Zwischen dem ersten Versprechen, man werde Abhilfe schaffen, und dem tatsächlichen Handeln vergeht noch einmal ein dreiviertel Jahr. Die davon betroffene Psychiatrie-Erfahrene hat inzwischen viel an Gesundheit und Lebensfreude verloren. Übrigens auch an Selbständigkeit …

Und ein wirklich schlimmes Beispiel: Da ist eine ziemlich intensiv betreute Wohngemeinschaft. Die WG wird deshalb so intensiv betreut, weil die Menschen, die darin wohnen, sehr krank sind. Ob das günstig ist, diese auf engstem Raum auch noch zusammenleben zu lassen, ist eine andere, bittere Frage. Jedenfalls: Bewohner dieser WG alarmieren die Mitarbeiter. Es sei wohl Gefahr im Verzug

bei einer der Mitbewohnerinnen. Die Mitarbeiter sehen das anders. Einige Zeit später dasselbe »Spiel«. Wieder sehen die Mitarbeiter das anders. Doch diesmal war wirklich Gefahr im Verzug. Hoffentlich heilen diese vielen Knochenbrüche noch richtig.

Abgewiesenwerden von Kliniken – ein Beispiel hatte ich dazu an einer anderen Stelle schon gebracht. Mir ist das auch schon passiert. Sogar anderthalbmal, sozusagen. Nachgespräche wollte ich dann nicht mehr. Ein weniger dramatisches Beispiel: An einem Freitagabend entwickeln sich durch eine emotional etwas aufgewühlte Situation bei mir diese so genannten »Frühwarnzeichen«. In einem Maße, dass ich meine, meine allerdings noch recht junge Ärztin doch einmal anrufen zu müssen. Aber Freitagabend? Das Wochenende überstehe ich wohl noch. Habe ja alles da. Montagmorgen rufe ich also dort an. Sie gibt mir einen Termin für das Ende der darauf folgenden Woche.

Um mit einem wirklich positiven Beispiel aufzuhören: Ich erlebe eine überraschende, sehr erfreuliche Situation im Arbeitsleben. Ein Gefühl der Freude breitet sich in mir aus. Nur: mit dem Gefühl der Freude ist das bei mir so eine Sache. Manchmal ebbt diese Freude dann nicht mehr ab. Wird immer größer. Plötzlich ist da Luft zwischen mir und dem Teppich. Ich entscheide also, meine Ärztin anzurufen. Eine andere als die in dem eben erwähnten Beispiel. Ich weiß nicht so recht, wie ich ihr die Situation erklären soll. Deshalb sage ich: »Zum ersten Mal rufe ich eine Ärztin an, um ihr zu sagen, mir ginge es gut.« Sie daraufhin: »Etwa zu gut?« Ich liebe solche Professionellen! Wir verabreden eine Medikamentenerhöhung und einen kurzfristigen Termin.

Probleme der Verantwortung sind hier angesprochen. Wer wann wie viel wofür Verantwortung trägt. Probleme der Verantwortung für die eigene Person, für andere Personen. Mit dem zuerst erwähnten Problem bin ich einmal in sehr ernsthafter Weise in Berührung gekommen. Zu viel Verantwortung aufgebürdet zu bekommen, zu wenig Verantwortung behalten zu dürfen. In der Psychiatrie kommt es in dieser Hinsicht manchmal zu sehr schwierigen oder auch verworrenen Situationen.

Professionelle argumentieren uns gegenüber manchmal, dass es Situationen gäbe, wo sie letztverantwortlich wären und daher das Entscheidungsrecht hätten. Möglicherweise ahnen Sie inzwischen, was jetzt kommt: Das sehe ich ganz genauso. Allein schon wegen möglicher rechtlicher Konsequenzen.

Um mal eine Stammtischparole zu benutzen, die Psychiatrie-Erfahrene leider viel zu selten verwenden können: »Schließlich zahle ich doch Steuern!« Alles andere auch. Was sich hinter dieser Parole verbirgt? Nun – ich bin durchaus Teil dieser Gesellschaft. Ob ich will oder nicht. Ob die Gesellschaft mich will oder nicht. Spätestens durch die Abgabenzahlung wird das dokumentiert. Diese Gesellschaft hält es für nötig, eine Psychiatrie vorzuhalten, die sich um Menschen mit psychischen Schwierigkeiten kümmert. An diesem gesellschaftlichen Auftrag bin ich beteiligt – sogar finanziell. Ob ich will oder nicht. Natürlich habe ich dabei einen anderen Hintergrund und anders gelagerte Interessen als viele andere Menschen in diesem Land. Natürlich bin ich sehr viel mehr daran interessiert, wie denn diese Psychiatrie aussieht. Und wie sie ihre Verantwortung wahrnimmt. Ich war schließlich schon einmal selbst auf diese Sozialleistungen angewiesen und könnte es schnell wieder sein. Und außerdem: Diejenigen Menschen,

die von u.a. meinen Steuern und Versicherungsbeiträgen leben, kenne ich alle. Höchstpersönlich. Wir telefonieren dauernd miteinander. Frühstücken mal zusammen, und anderes mehr. Ich finde, dass die nicht zu knappen Steuern und Beiträge, die ich zahle, gar nicht besser investiert sein könnten. Ist mir jedenfalls lieber als lichtgeschwinde Luxuseisenbahnen, fragwürdige Genexperimente oder teure Regierungsgebäude. So weit meine Stammtischgedanken. Zurück zur Verantwortlichkeit.

Ich möchte nur nicht, dass die Begründung der Letztverantworlichkeit für andere, nicht damit zusammenhängende Interessen missbraucht werden könnte. Zum Beispiel dafür, Einflussmöglichkeiten und Mitspracherechte von Psychiatrie-Erfahrenen von vornherein abzublocken. Macht abgeben zu müssen ist nun mal nicht immer bequem.

Psychiatrisches Handeln: ein Balanceakt. Ein labiles Gleichgewicht. Das immer neu austariert werden muss. Es gibt natürlich einen psychiatrischen Alltag. Dort gleicht die Aufrechterhaltung dieses Gleichgewichts dem, welches man beim Fahrradfahren erfährt. Man muss es zwar erst lernen, auch dabei gibt es schwere Unfälle, aber meistens bewegt man sich einigermaßen sicher und routiniert durch den Verkehr. Muss mal vor einer roten Ampel warten, vielleicht hupt mal einer, aber man ist doch einigermaßen sicher auf dem Drahtesel. Es soll Leute geben, die über Bürgersteige fahren oder andersherum durch eine Einbahnstraße, was zwar abkürzen kann, aber nicht immer ungefährlich ist. Als Jugendliche bin ich manchmal ohne Licht gefahren, mache ich schon lange nicht mehr. Viel zu gefährlich. Kann man leicht bei übersehen werden. Von den vielen Autofahrern. In den Autos, in denen so selten die Psy-

chiatrie-Erfahrenen die Fahrer sind. In manchen Situationen findet dieses Gleichgewicht nicht auf einer solchen Ebene statt. Mir scheint das dann eher eine Hochseilnummer zu sein. Ohne Netz. Vielleicht gerade mal ein Sicherungsgurt. O Gott, wenn die da oben abstürzen – in welche Richtung will ich dann auch nicht mehr wissen. Hochseilartistik ist nicht unbedingt meine Sache. Viel zu spannend für mich. Habe ich zu schwache Nerven für. Vielleicht werden in der Psychiatrie auch Seiltänzer engagiert. Pausenclowns wären mir aber doch lieber.

»Du hast einen schönen Realitätsbezug!«
»Ja, und Deiner? Ist er geblümt oder kariert?«

Fiktives Therapiegespräch

Hilf dir selbst, sonst helf' ich dir!

Selbsthilfe und Trialog

Schnell noch ein bisschen Selbsthilfe und Trialog. Die Kapitelüberschrift ist übrigens nicht ausschließlich ironisch gemeint. Wie geht's uns denn heute mit unserer Selbsthilfe? Zuerst möchte ich uns einmal loben (es gibt Gelegenheiten, da darf, ja muss man sich selber loben. Das sagt sogar der Dalai Lama. Auf seine Weise): Wir haben uns doch wacker geschlagen und gehalten. Ganz selbstverständlich ist das nicht – zwar war am Anfang eine große Aufbruchsstimmung da, aber so etwas kann auch wieder im Sande verlaufen. Zum überregionalen Geschehen haben sich schon andere kompetenter und griffiger geäußert.[1] Ich kriege diese Ebene sowieso nur von ferne mit, mehr aus der Zuschauerinnenposition.

Manches, was ich da mitkriege, erinnert mich ein wenig an die Partei der Grünen, wo es auch Realos und Fundis gab/gibt. Die Grünen haben diese Spannung bisher überlebt – wie es uns wohl gehen wird? Die Probleme mit dem Kontakt zur Basis sind außerdem sehr viel älter als diese Partei. Was die antipsychiatrische Ecke angeht: ich habe bisher meine antipsychiatrischen Unterströmungen gut

1 z.B. Matthias Seibt: Stand und Perspektiven der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen, in: F. Bremer, H. Hansen, J. Blume (Hg.): Wie geht's uns denn heute! – Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster 2001

verbergen können, nicht wahr? Auch wenn ich bestimmt nicht mit allem konform gehe, was aus dieser Richtung kommt, so finde ich doch, dass aus jener Bewegung immer wieder nachdenkenswerte Argumente und Anstöße kommen. Mich stört bloß manchmal die ideologisch überfrachtete Sprache. Ich gehe auch eher selten zu Veranstaltungen mit ausgesprochenem Event-Charakter …

Und hier vor Ort? Eine gute Nachricht (Adressat: die Überregionalen): Unsere Mitgliederzahlen steigen langsam, aber beständig. Die Zahl der Aktivitäten auch. Leider kommt die Zahl der aktiv sich betätigenden Psychiatrie-Erfahrenen nicht immer so ganz mit.

Ich kann hier nicht alles Grundsätzliche zum Thema Selbsthilfe aufdröseln und greife zu zwei Verweisen[2].

Bei uns zeigte sich recht bald, dass die Bedürfnisse und Ansprüche, die an »Selbsthilfe« gerichtet werden, doch einigermaßen unterschiedlich sind: einige Psychiatrie-Erfahrene wollen sich gern über Psychosen oder andere psychische Schwierigkeiten austauschen, damit leben lernen, Informationen sammeln. Unterstützung finden. Andere wollen politisch arbeiten. Wieder andere suchen soziale Kontakte und Freizeitpartner/innen. Oder gleich mehreres davon. Oder sie wissen es selbst zunächst nicht genau.

Wir haben hier einige Zeit gebraucht, bis wir Strukturen hatten, die »jedem das Seine« ermöglichen. Perfekt sind diese Strukturen natürlich nicht. Neben dem, was auf politischer Ebene erreicht wurde oder werden wird oder was es innerhalb der Selbsthilfe manchmal für Lerneffekte für

2 Rosa Geislinger (Hg.): Experten in eigener Sache – Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München 1998
Charlotte Koning: Grenzen und Möglichkeiten der Selbsthilfe. In: Der ver-rückte Pegasus. BPE-Eigenverlag 2000

die/den einzelne/n geben mag oder kann, liegt mir doch die eigentliche, auf das persönlich-private Glück der Psychiatrie-Erfahrenen gerichtete Selbsthilfe sehr nahe. Und hierbei sehe ich ein sehr konkretes, wenn auch schlecht nachweisbares Ergebnis der Selbsthilfebewegung: die vielen informellen Kontakte, die geknüpft wurden und werden. Wo es dann nicht mehr um Psychosen oder Klinikaufenthalte geht. Eher schon um Alltagsprobleme, beispielsweise mit den Medikamenten, mit der Psychiatrie, mit dem Sozialamt. Und um etwas ganz anderes: Bekanntschaften und Freundschaften. Praktische Unterstützung im Alltag. Freizeitgestaltung. Gemeinsame Unternehmungen. Sogar die Liebe findet hin und wieder einen Platz. Dies lässt sich schlecht organisieren, planen, durchstrukturieren – nur initiieren, Gelegenheiten schaffen. Danach verliert es sich in der Weite des Alltags. Ist wohl auch besser so.

Und doch: Auch die netteste Selbsthilfeszene ist und bleibt eine Subkultur. Vielleicht eine wichtige, emanzipatorische, möglicherweise sogar subversive Subkultur. Aber irgendwie auch wieder Ghetto. Was tun? Sich dessen bewusst bleiben und Wege hinaus aus dem Ghetto wahrnehmen und sie auch wahr nehmen.

Um im Gruppenbereich zu bleiben: Ich finde den regelmäßigen Austausch mit Selbsthilfegruppen ganz anderer Art sehr spannend und fruchtbar. Ist zwar auch wieder Selbsthilfe-Subkultur, aber man schaut doch mal über den Tellerrand. Welche Probleme sind überall die gleichen? Wenn den Mitgliedern von Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfegruppen von Seiten der aktiveren Mitglieder Konsumhaltung vorgeworfen wird – ich überlege mittlerweile, ob ich das für ein sozial integratives Merkmal halten soll. Oder ein Stigma – Menschen, die ein Prostata-Leiden, einen künstlichen Darmausgang, Epilepsie, Aids haben – vie-

le scheuen ebenfalls die Öffentlichkeit. Die Stigmata mögen andere Gründe haben oder von anderer Art sein – die Scheu der Betroffenen ähnelt sich. Oder die politische Akzeptanz – die Selbsthilfegruppe, deren Mitglieder sich für aktive Sterbehilfe einsetzen, wird auch nicht überall beliebt sein. Auffällig ist natürlich, dass die meisten anderen Selbsthilfegruppen sehr viel expertengläubiger sind als Psychiatrie-Erfahrene. Und auf unseren lokalen Gesundheitstagen, an denen sich eine ansehnliche Zahl von Selbsthilfeorganisationen vorstellte, war vielen Besuchern der Gedanke offenbar fremd, dass auch Psychiatrie-Selbsthilfe zum Thema der Tagung gehörte. Psychiatrie war dort sowieso nicht gerade überrepräsentiert. Unsere Selbsthilfekontaktstelle bietet zudem nützliche, häufig kostenlose Fortbildungen an für Ehrenamtliche oder Selbsthilfegruppenmitglieder. Wie ein Infostand am besten ankommt, beispielsweise. Wie eine Pressemitteilung aussehen sollte. Was tun bei Problemen in der Gruppe? Oder wie kommt man an Geld von den Krankenkassen?

Was bringt die Zukunft? Kein rasender Optimismus, aber doch ziemlich viel offenes Land. Viele Möglichkeiten, die wir bei weitem noch nicht ausgeschöpft haben, mit denen wir noch nicht einmal angefangen haben. Wenn man nur mehr Zeit für die Selbsthilfe hätte! Zudem muss ich zugeben, dass dieses offene Land teilweise sehr karg aussieht. Finanziell, meine ich. Aber ich habe da noch so ein Antragsformular in der Schublade – irgendwann muss ich mich doch mal darum kümmern. Wäre zu schön, wenn man auch vor Ort wenigstens ein paar 630,- DM-Selbsthilfe-Stellen für Psychiatrie-Erfahrene, genau auf die Person zugeschnitten, schaffen könnte. So was in der Art. Sehr viel größere Projekte schaffen wir derzeit noch nicht. Anderswo schon. Krisen- oder Weglaufhäuser, beispielsweise.

Und was macht der Trialog?

Das hat sich doch ganz erfreulich entwickelt. Denn auch da war ich mir anfangs nicht sicher, ob es bei vereinzelten, vielleicht konstruktiven, vielleicht frustrierenden Begegnungen bleiben würde. Eine Geschichte möchte ich aber doch wieder aufwärmen. Dieses Aufwärmen hat etwas mit dem durchaus hinterfragbaren Gefühl der Genugtuung zu tun. Vor mehr als zehn Jahren gab es ein öffentliches Hearing zu der Frage, ob auf kommunaler Ebene ein psychiatriepolitisches Gremium eingerichtet werden solle. Bei diesem Hearing saß ich im Publikum. Auf dem Podium Politiker, Professionelle und eine verloren wirkende Angehörige. Betroffene waren nicht geladen – es wurde auch klar, warum nicht, denn vom Podium kam der Satz: »Die Betroffenen können sich ja nicht artikulieren.« Weder vom Podium noch aus dem Publikum wurde dem widersprochen, und ich hatte damals nicht die Nerven, mich als Betroffene zu erkennen zu geben. Auch wurden bei jener Veranstaltung keine Überlegungen dahingehend angestellt, wie man den Betroffenen ihre offenbar verloren gegangene Artikulationsfähigkeit wiedergeben könne, wie sie vielleicht auf anderer Ebene einzubeziehen seien. Wütend geworden bin ich erst sehr viel später. Aber was für ein Gefühl von Ohnmacht und politischer Unmündigkeit! Auch hier wieder eine freundliche Ironie der Geschichte: Seit einiger Zeit habe ich nun selbst einen Sitz in jenem Gremium. Und bin darin nicht die erste, sondern es gab schon Vorgänger/innen. Nicht, dass ich immer viel oder besonders Wichtiges beizutragen hätte. Aber selbst, wenn ich kein Wort von dem verstünde, was dort geredet wird, würde ich dort sitzen bleiben. Meinetwegen als reine Quotenfigur. Wegen der Symbolik. Wegen jenes Satzes.

Allerdings hat sich der Trialog regional wohl sehr unterschiedlich entwickelt. Ich erinnere mich an einen Besuch in einer gewissen Kleinstadt – der mir dort vorgestellte »Trialog« hinterließ bei mir einen Eindruck tiefer Trostlosigkeit. In einer anderen Gegend kennt man das Wort noch überhaupt nicht. Dann gibt es wohl auch solche psychiatrischen Fraktionen, die den Trialog, insbesondere die Selbstorganisation der Psychiatrie-Erfahrenen vollständig ignorieren. Andere Professionelle ertragen ihn vielleicht zähneknirschend oder gelangweilt. Manche sollen ihn sogar für überholt halten. Putzig finde ich es, wenn wir von psychiatrischer Seite aufgefordert werden, nun einmal ordentlich gegen die Psychiatrie vom Leder zu ziehen. Dass man und frau aufpassen müssen, sich nicht unwissentlich vor professionelle Karren spannen zu lassen, ist deutlich – dass diese Karren aber in entgegengesetzte Richtungen fahren können, war mir neu. Einige Profis haben offenbar den besonderen Schmuckeffekt des Trialogs entdeckt – nun muss man sich vor Theaterflitter in Acht nehmen. Manche Professionellen sagen auch, der Trialog hätte ihnen ganz schön was gebracht. Wirklich? Aber Publikationen, in denen das offen gesagt und ausführlich dargelegt wird, gibt es noch viel zu wenig.

Was ich mir wünsche für die Zukunft? Vor allem, dass Transparenz und demokratische Strukturen, Mitsprache- und Gestaltungsrechte der Psychiatrie-Erfahrenen stärker institutionell und gesetzlich abgesichert werden. Damit wir nicht nur auf das Wohlwollen von Professionellen oder Einrichtungen, eine gerade mal politisch günstige Situation angewiesen sind. Die Zusammenarbeit mit den organisierten Betroffenen ist im PsychKG NW wohl vorgesehen – aber wie schwammig.

Nun muss ich aber noch dringend auf eine ganz besondere trialogische Fraktion zu sprechen kommen. Die aktiven und mitunter organisierten Angehörigen nämlich. Ich dachte ja immer, diese Angehörigen seien diejenigen, die zwar auch ihre eigenen Interessen vertreten, die sich aber im Grunde doch mit den betroffenen Familienmitgliedern solidarisiert hätten. Diese nicht einfach fallen ließen, sondern sich manchmal ganz schön verausgaben, um dem betroffenen Familienmitglied zu helfen. Angehörige, auf die wir mitunter sehr angewiesen sind. Privat wie politisch. Und nun nehmen diese von uns organisierten Psychiatrie-Erfahrenen anscheinend kaum Notiz. Ich finde das jedenfalls äußerst selten, dass Angehörige sich in einem Vortrag oder Artikel mal auf die Aussagen zum Beispiel des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener oder auch nur eines einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen beziehen. Haben wir eigentlich einen Trialog oder bloß zwei Dialoge – wir und die Profis hier und die Angehörigen und die Profis dort?

Nein, wir haben im Privatleben nicht immer gute Erfahrungen miteinander gemacht. Aber auf der Verbandsebene treffen sich sowieso meist diejenigen Leute, die nicht zusammengehören. Wir sind auch nicht immer einer Meinung: die kritiklose, nein freudige Zusammenarbeit der Angehörigenorganisationen mit der Pharma-Industrie ist mir auch ein besonderer Dorn im Auge. Das wissen Sie doch, dass wir diesen Präparaten und dieser Industrie kritisch gegenüberstehen – hat unsere Sicht und Erfahrung so wenig Bedeutung? Und wenn Angehörige fordern, die Zwangsmaßnahmen müssten erweitert werden – so geht das natürlich nicht, meine Damen und Herren. Andererseits: Sowohl die Angehörigen wie auch die Psychiatrie-Erfahrenen haben sich in Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, eben Menschen, die in der Regel nicht

beruflich mit der Psychiatrie zu tun haben, sondern unfreiwillig in die Lage gekommen sind, sich damit zu beschäftigen. Beide Gruppierungen haben mitunter sehr viel an der psychiatrischen Behandlung und Versorgung auszusetzen. Und schließlich: die Profis können nach Feierabend nach Hause gehen. Wir aber sind diejenigen, die im Alltag miteinander auskommen müssen. Gut, wir leiden vielleicht aneinander – besteht deshalb nicht umso mehr Gesprächsbedarf? Es gibt zwar einen gemeinsamen Dachverband. Hin und wieder mal eine gemeinsame Tagung oder einen gemeinsam gegründeten Verein. Vereinzelt. Selten zu finden. Was könnten wir zusammen für eine starke Lobby bilden … Meine utopische Ader geht wieder mit mir durch. Vielleicht ist dieser Zug schon abgefahren, und es gibt kein Interesse mehr an einer stärkeren Annäherung?

Ich bin gespannt, wie es mit dem Trialog in zehn bis zwanzig Jahren aussehen wird. Wird er sich ausgebreitet haben, in Gesetzen, Verordnungen, den Satzungen von Hilfsorganisationen fest verankert sein? Oder wird er eine vorübergehende Modeerscheinung gewesen sein? Werden organisierte Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sich stärker zusammenraufen, oder wird gerade dort der breiteste Graben liegen, aus dem Nebelschwaden eisigen Schweigens aufsteigen? Wird der Trialog eine bunte Spielwiese für menschelnde Gemüter werden, während in sicherer Entfernung der Transrapid einer biologisch-genetischen Psychiatrie vorbeirast? Werden in Zukunft die Psychiatrie-Erfahrenen alle ein Studium der Neurobiologie absolvieren müssen, um im Trialog überhaupt noch mithalten zu können? So viele Fragen. Die Antworten erfahren Sie in unserem nächsten Sendeblock. Nach der Werbung. Für ein genetisch wirksames Psychopharmakon.

»Die Welt ist voller Fragen. Aber jede Frage
schließt eine Hoffnung in sich ein.«

Hans Margolius

Zum Schluss: eine Frage

Auch dieses Buch geht einmal zu Ende. Mancher wird dies vielleicht begrüßen, andere werden womöglich denken, nun, vielleicht hatte das therapeutischen Wert für die Verfasserin. Das war weniger der Fall. Schreiben kann therapeutisch wirksam sein, auch bei mir, aber das ist längst woanders und auf andere Weise geschehen. Hauptsächlich war es eine Menge Arbeit – nicht ohne Lust, aber eben doch Arbeit. Was bleibt, ist ein beträchtliches Quantum an Unbehagen. Zum einen das Unbehagen, im Wesentlichen kritisiert und gefordert zu haben: die vielen guten Begegnungen mit Professionellen, die Freundlichkeit und Geduld, die mir von ihnen entgegengebracht wurden, die Ermutigung und Förderung, die ich erfuhr, werden nur am Rande erwähnt, ebenso die lebensrettende Funktion im physischen wie – meist eher – im psychischen oder sozialen Sinn, die Psychiatrie für viele Psychiatrie-Erfahrene hat. Kein Wort über jene seltenen, intensiven und sehr beeindruckenden persönlichen Begegnungen, wie sie es zwischen Patient/in und Behandler/in geben kann. Oder die Begegnungen, die zwar unerfreulich oder ergebnislos verliefen, bei denen aber großes Engagement erkennbar war. Unbehagen aber auch, an mancher Stelle nicht kritisch genug gewesen zu sein. Und generell das Unbehagen, nun selbst eine paradoxe Aufforderung zu liefern: Die Psychiatrie soll mir den Pelz waschen, mich aber bloß nicht dabei nass machen.

Es fehlt ebenso, was vielleicht wichtiger ist, eine ausführliche Würdigung der Rolle der Unterstützung durch Angehörige, Freunde, andere Psychiatrie-Erfahrene und Kollegen und Vorgesetzte.

Es bleibt das Unbehagen, von der Psychiatrie eine verbesserte Integration zu fordern in eine Gesellschaft, die von psychisch Kranken nichts wissen will und die noch eine Menge anderer Probleme hat oder zu haben meint. Und um ganz ehrlich zu sein: es gibt gesellschaftliche Bereiche, in die ich bestimmt nicht integriert sein möchte und wo ich dann doch die psychiatrische Nische vorziehen würde. Das Unbehagen, auf der Erfahrungsebene geblieben zu sein: übergeordnete oder neuere Entwicklungen, die als persönliche Erfahrung nicht oder noch nicht erfassbar sind, oder theoretische Zusammenhänge, die nicht auch nur mittelbar erlebbar sind, bleiben ausgeklammert. Dazu viele individuelle oder gruppenspezifische Problemlagen. Unbehagen, weil jeder und jede einen Psychiatrie-Erfahrenen kennt, für den/die das, was ich für richtig halte, nicht zutrifft – diesen Psychiatrie-Erfahrenen kenne ich auch. Unbehagen angesichts mancher Forderung von mir und uns, den Psychiatrie-Erfahrenen: Wie wird das aussehen, wenn wir wirklich mit körperlich Erkrankten gleichgestellt sind – es wäre möglich, dass dies so verstanden wird, psychische Krankheit *als* körperliche Krankheit, als rein chemisch zu beseitigende Stoffwechselstörung oder genetische Verirrung zu betrachten. Unbehagen auch – da habe ich in den letzten sechzehn Jahren die Psychiatrie moderner werden sehen. Einige wenige Psychiatrie-Erfahrene haben den ständigen Umbruch vertrauter Strukturen auch negativ erlebt. Aber etliches von dem, was ich mir früher wünschte, ist heute Wirklichkeit geworden. Über manche dieser Verwirkli-

chungen bin ich hocherfreut, an anderer Stelle wurde zwar dem Namen nach der Wunsch Wirklichkeit, aber ach, auf welche Weise, da bin ich vom Regen in die Traufe gekommen, neue Lösungen brachten neue Zwänge und neue Konflikte. Ich kann nur hoffen, nun selbst keine Patentrezepte empfohlen zu haben – ich bin gegen Patentrezepte, besonders im psychiatrischen Bereich. Das Unbehagen, keiner irgendwie gearteten »reinen Lehre« gefolgt zu sein, ist hingegen relativ gering.

Ein ganz spezielles Unbehagen möchte ich noch ansprechen: da tummele ich mich ein wenig auf Selbsthilfe- und psychiatriepolitischem Gebiet, und hin und wieder sagt dann ein/e Professionelle/r zu mir: »Aber Frau Prins, Sie sind ja auch eine Ausnahme!« Da stehe ich dann da. Erstmal – Ausnahme wovon? Ich nehme einmal an, von der Gruppe von Menschen, die mehrere Psychosen oder mehrfach schwere psychische Erkrankung erlebt haben. Selbst dann kommen mir Zweifel, ob diese Aussage (noch) richtig ist, aber ich will das mal so hinnehmen. Was mache ich damit? Beinhaltet es Kritik, weil es besagen will, ich würde meine eigene Situation zu sehr verallgemeinern? Soll ich es als Kompliment nehmen, stolz auf meine Gesundung und meinen eigenen Beitrag dazu sein? Ist es ein Denkanstoß, der mich anregt, über die vielen sehr unterschiedlichen, manchmal kaum wahrgenommenen Faktoren nachzudenken, die dafür verantwortlich sind? Das Unbehagen über diesen Satz wird an einer Stelle ausgesprochen groß: an mir ist nämlich gar nicht so viel Besonderes dran. Ich kenne Psychiatrie-Erfahrene, die sind mutiger oder disziplinierter als ich, solche, die intelligenter, realistischer oder phantasievoller sind, andere, die viel besser auf gesunde Lebensführung achten, manche sind robuster oder weniger stress-

anfällig als ich oder reifer, sogar solche, die bessere äußere Umstände erleben.

Mir drängt sich da etwas auf, etwas liegt mir auf der Zunge – nein, kein Widerspruch, wohl aber eine Frage, mit der ich auf diese Aussage antworten möchte. Eine sehr dumme Frage, dumm deshalb, weil ich sie mir selbst beantworten kann: ich brauche nur genau hinzusehen und hinzuhören, oder, wenn das nicht reicht, entgegen der Einleitung doch in die psychiatrische Fachliteratur einzusteigen. Natürlich gibt es eine ganze Anzahl Psychiatrie-Erfahrener, deren Probleme vielfältiger oder schwerwiegender, deren Möglichkeiten und äußeren Umstände begrenzter sind. Dumm ist die Frage auch deshalb, weil die Psychiatrie gar nicht der richtige Adressat ist für diese Frage. Das Ansinnen, das darin liegt, ist viel zu groß und die Last, die ich der Psychiatrie damit aufbürde, ungerechtfertigt. Eine unbehagliche Frage also. Aber ich kann es nun mal nicht lassen. Die Frage lautet: Wieso gibt es nicht sehr viel mehr solcher »Ausnahmen«?

Danke

Danken möchte ich zunächst meiner Familie, die mir beibrachte, dass Schreiben eine lustvolle und legitime Ausdrucksform ist, und die dieses auch unterstützte – meiner Mutter durch eigenes Vorbild, durch Interesse, meiner Schwester für den Erhalt der Sprache in sprachloser Zeit, meinen Brüdern für die Anfeuerungsrufe und den EDV-technischen Support.

Ich habe bei zu vielen Lehrern im Unterricht gesessen und zu meiner oder zu deren Schande dabei doch nichts Richtiges gelernt, aber irgendjemand von denen hat es geschafft, mir das Lesen und Schreiben beizubringen, wofür ihm oder ihr hier zutiefst gedankt sei.

Ferner danke ich den Gebrüdern Grimm, an denen ich die deutsche Sprache erlernte (merkt man's noch?) sowie meinem früheren Lieblingsautor, dessen Namen ich hier nicht nenne.

Ich danke meiner Freundin Dagmar, die viele Jahre lang meine einzige und getreue Leserin war, sowie den Frauen aus dem ehemaligen »Literatursalon« für viele schöne und kreative Stunden und dem einzigen krankheitsfreien Raum, den ich über Jahre hinweg hatte. Das Café Parlando-Team wird schon wissen, weshalb es in diesem Zusammenhang erwähnt wird.

Ich danke den vielen anderen Psychiatrie-Erfahrenen und manchmal deren Angehörigen, die mich an ihren Erfahrungen teilhaben ließen, und für so manche Freundschaft, und ganz besonders natürlich Frau N. aus B., die ich seit achtzehn Jahren nicht kenne, und die die nervenaufreibende Rolle einer psychiatrie-erfahrenen Privatlektorin übernehmen musste.

Ich danke meinem Arbeitgeber für die erfahrene Akzeptanz sowie für die materielle Unterstützung, da ich meine Texte nicht essen kann.

Ich befürchte, dass ich eventuell auch der Pharma-Industrie Dank schulden könnte, da ich nicht entscheiden kann, ob ich trotz oder wegen des Einsatzes diverser Neuroleptika überhaupt zu einer gewissen Produktivität in der Lage war.

Ausdrücklich *nicht* danken möchte ich jenen, die mein Faible fürs Schreiben und meine manchmal eigenwillige Sichtweise als weiteres Krankheitssymptom ansehen und meine diesbezüglichen Vorlieben als irrelevanten Unsinn abtun wollten.

Ein klarer und herzlicher Dank geht aber an Frau Renate Schernus, selbstverständlich nicht nur für ihre wichtigen Hinweise zum Text, und selbstverständlich auch nicht nur deshalb, weil sie ursprünglich den Kontakt zum Paranus Verlag vermittelte.

Wie ich mich aber beim Paranus Verlag – darin zu nennen besonders Herrn Hartwig Hansen, der dieses Buch initiiert hat, sich mit meinen vielen, nicht immer sachlichen Fragen herumschlagen musste, sich trotzdem meiner Texte so freundlich annahm, wofür er bisher nur Undank in Form von zahllosen unnötigen E-Mails geerntet hat, bedanken soll, weiß ich nicht. Vielleicht am besten einfach so: Danke!!