
Kerstin Kempker

Gewalt im Namen der „psychischen Gesundheit“ – kein Ende in Sicht?

Ich freue mich, als Vertreterin der Antipsychiatrie hier vor so viel kompetenten Frauen sprechen zu können, kompetent im herkömmlichen wie im eigentlichen Sinne. Und ich denke auch, daß es Zeit wird für die Auseinandersetzung zwischen feministischer Therapie und Antipsychiatrie. Ich werde Sie mit den Wurzeln der Sozialpsychiatrie bekanntmachen, Ihnen einen Einblick in den psychiatrischen Alltag geben und die Diagnostik als die Eintrittskarte in dieses System näher betrachten. Was unter feministischen Vorzeichen daraus wird, ist Thema des letzten Teils. Die ~~X~~ Geschichte der Sozialpsychiatrie stelle ich unter das Motto:

der Wahnsinnige ist gefährlich und wird es bis zu seinem Tode bleiben, der leider nur selten rasch eintritt! (S. 3)

Emil Kraepelin, der dies 1916 sagte, war und ist ein weltweit geachteter deutscher Psychiater. Er gilt als Vater des heutigen psychiatrischen Klassifikationsschemas. Schon während des ersten Weltkriegs machte er sich Gedanken, ob nicht die „siegreichen Waffen gegen eine Welt von Feinden“ auch

gegen einen inneren Feind (...), der die Grundlagen unseres Daseins zu zerstören trachtet (zit.n. Lehmann, S. 26),

Einsatz finden könnten. Dieser innere Feind und „gewaltige Gegner“ waren die Kommunisten und die anderen Irren. Kraepelin empfahl „Maßnahmen der inneren Kolonisation“ gegen die Entwurzelung und zur „Kräftigung des inneren Zusammenhaltes der Volksgenossen“. Schon 1918 sah er voraus:

Ein unumschränkter Herrscher, der, geleitet von unserem heutigen Wissen, rücksichtslos in die Lebensgewohnheiten der Menschen einzugreifen vermöchte, würde im Laufe weniger Jahrzehnte bestimmt eine entsprechende Abnahme des Irreseins erreichen können. (zit.n. ebd., S. 26f.)

Kraepelin war nicht irgendein einzelner verirrter Psychiater, er befand sich in bester Gesellschaft. Er war sich einig mit dem Gros der anerkannten Kollegen, mit Alfred Hoche, von dem es schon 1920 ein Buch mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ gab; mit August Forel, einem Schweizer Psychiater, der vier Jahre später dazu aufrief,

die defekten Untermenschen allmählich zu beseitigen (zit.n. Rufer, S. 141);

einig auch mit Eugen Bleuler, dem noch heute hochangesehenen Erfinder der Schizophrenie, der 1936 seinen Kollegen „das Recht und in schweren Fällen die Pflicht“ zuschrieb,

objektiv „lebensunwertes Leben“ anderer zu vernichten (zit.n. ebd.).

Diese als ‚Rassenhygiene‘ wissenschaftlich verbrämten Aufrufe zum Mord an denen, die anders sind und die Verbreitung der ‚nordischen Rasse‘ behindern, wurden die Grundpfeiler der nationalsozialistischen Weltanschauung. Der Psychiater Ernst Rüdin hob im März 1939 bei der Jahresversammlung der deutschen Psychiaterchaft stolz hervor:

Zunächst ist festzustellen, daß es vor allem der Psychiater war, welcher Staat und Partei auf die ungeheueren Erbgefahren aufmerksam gemacht hat, welche gewisse psychisch und neurologisch Kranke für die Zukunft unseres Volkes bedeuten, und es ist eine Großtat des deutschen Staates und Volkes, daß es sich dieser Einsicht nicht verschlossen hat, sondern tatkräftig zur Bekämpfung dieser Gefahr übergegangen ist. (S. 166)

Die Folge dieses psychiatrisch induzierten Rassenwahns waren Hunderttausende Tote und Zwangssterilisierte.

Ich frage mich, wievielen Menschen eigentlich klar ist, daß die Psychiatrie Wegbereiter des Holocaust war, (S. 395)

schreibt Peter Breggin, ein jüdischer Psychiater, der sich als kritischer Beobachter, Gengengutachter und Autor einen Namen gemacht hat; und er geht so weit zu sagen:

Die moderne Psychiatrie unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der Vorkriegspsychiatrie, die zum Holocaust führte. Zum einen ist die Geisteshaltung dieselbe: Es gibt kein Mitgefühl mit dem einzelnen Menschen, der der Behandlung ausgesetzt ist. Zum anderen ist das theoretische Gebäude dasselbe, es basiert auf einem biologisch-genetischen Ansatz. Sogar die Behandlungstechnik ist dieselbe: Elektroschocks und giftige Präparate wie Neuroleptika, Lithium und Antidepressiva. (Breggin 1993b, S. 396)

Ich erzähle Ihnen das alles nicht, weil ich auf betroffene Gesichter hoffe ob der schlimmen Vergangenheit, sondern weil ich selber bei der Lektüre fortschrittlicher feministischer Autorinnen zum Thema Multiple immer wieder erschrocken bin, wie unkritisch auf den braunen Pfeilern der Sozialpsychiatrie weitergebaut wird. Kann es wirklich eine frauengerechte Psychiatrie geben, die auf Kraepelins Klassifizierung der ‚psychischen Krankheiten‘ fußt und die Bleulers Schizophreniekonstruktion fraglos übernimmt?

Die Wurzeln der heutigen Psychiatrie, der sozialen, gemeindenahen und biologistischen, sind

- die Diagnostik (psychotisch ist, was ich nicht mehr verstehe; neurotisch, was mir noch nachvollziehbar ist),
- die Idee der Erbllichkeit (entweder streng das schizophrenogene Gen, das immer weiter gesucht wird, oder vage die Vulnerabilität, diese irgendwie vorhandene Anlage zum Ausbruch)
- und nicht zuletzt das prophylaktische Element.

Natürlich geht es heute nicht mehr um Rassereinheit und gesunden Volkskörper, aber erklärte Ziele fortschrittlicher Psychiatrie sind die umfassende Vor- und Nachsorge ‚psychisch Kranker‘:

- in Form nachgehender psychiatrischer Fürsorge (bis in die Wohnung),
- in betreuten und therapierten Lebens- und Arbeitsformen (d.h. viel Kontrolle, kaum Geld und wenig Selbstachtung) und das alles auf der Basis von
- Depotpsychopharmaka (alle 1–4 Wochen eine Spritze in den Hintern); der Wiener Psychiater Raoul Schindler sagt: Der Vormarsch der Depot-Neuroleptika ermöglicht grundsätzlich eine fast 100 %ige Nachbehandlungsdisziplin (zit.n. Lehmann u.a., S. 455).

Bei den prophylaktischen Aufgaben steht der Psychiatrie die Humangenetik hilfreich zur Seite. Schon 1980 begrüßte es Klaus Dörner, der Kopf der deutschen Sozialpsychiatrie, daß auf dem Gelände der Hamburger Psychiatrie Eppendorf, wo er damals arbeitete, eine genetische Beratungsstelle ist, denn (so Dörner)

es gibt etliche Störungen in der Psychiatrie, was so Depressionen angeht, und was so schizophrene Störungen angeht, kann man ruhig sagen, daß in einem gewissen Umfang Erbfaktoren beteiligt sind. (zit.n. Lehmann, S. 36)

Man kann es ja ruhig einmal sagen, und das reicht dann schon, um den jungen Leuten, die in der Eppendorfer Anstalt Verwandte besuchen oder gar selber ihre Diagnose haben, Angst zu machen. Statt der in Verruf geratenen Zwangssterilisationen läßt sich nun der gleiche Zweck, die Verhinderung ‚erbkranken‘ Nachwuchses, nur beratend und natürlich absolut freiwillig verfolgen („ja, wenn Sie das verantworten können!“). Ich komme zum

Instrumentarium der Psychiatrie

Darüber steht der Satz:

Lebens- oder Körperangst kann psychotische Angst erübrigen (S. 546).

Dies sagen Klaus Dörner und Ursula Plog in ihrem sehr beliebten Lehrbuch „Irren ist menschlich“. Und sie sagen das nicht, um zu erläutern, weshalb in Kriegszeiten weniger ‚Psychotiker‘ herumlaufen, sondern sie erklären so die Wirksamkeit des Elektroschocks:

Lebens- oder Körperangst kann psychotische Angst erübrigen.

Die Angst der Betroffenen (meist übrigens ältere Frauen), die Stromstöße nicht zu überleben, und ihre Erleichterung danach, noch einmal mit dem Leben davongekommen zu sein, sind der therapeutische Nutzen dieser barbarischen Methode, die von Psychiatern auch gerne Heildurchflutung genannt wird. Dörner und Plog nennen noch einen weiteren Effekt:

Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnrnorganisch kranken Menschen (S. 545).

Breggin sagt es etwas anders:

Wir fügen Menschen in seelischen Krisen eine innere Kopfverletzung zu. (Breggin 1993a, S. 160)

Nicht nur vorübergehend verlieren viele Geschockte aufgrund von Blutungen im Gehirn und abgetöteten Gehirnzellen große Teile ihres Lebens: ihres Erinnerungsvermögens, ihrer Schaffenskraft und ihrer Gefühlsintensität. Der Elektroschock, den man in den USA, in China, in England und den skandinavischen Ländern an Zehntausenden (speziell als depressiv diagnostizierten älteren Frauen) durchführt, auch ambulant, langfristig ‚nachsorgend‘, ist dem Kraepelin-Schüler Cerletti zu verdanken. Er führte diese Foltermethode, die er in einem römischen Schlachthaus zur Betäubung der Schweine kennengelernt hatte, ab 1938 im faschistischen Italien in der Psychiatrie ein. Mit dem Aufkommen der Neuroleptika 1952 wurde der Elektroschock weltweit etwas verdrängt. Heute, wo die verheerenden Schädigungen durch Neuroleptika nicht mehr zu verkennen sind, wird deshalb (!) auch in Deutschland die Renaissance des Elektroschocks erwogen.

Es fällt schwer, dieser absurden Logik zu folgen: Erst wird empfohlen, die Tranquillizer, weil sie abhängig machen, durch Neuroleptika zu ersetzen, so daß die Neuroleptika-Verordnungen in die Höhe schnellen (die Durchschnittsdosis hat sich in den letzten 20 Jahren verzehnfacht (Finzen; vgl. Eichenbrenner, S. 17), um dann doch feststellen zu müssen, wie gravierend die Folgeschäden sind. (Es gibt Untersuchungen, nach denen weltweit ca. 86 Millionen Menschen irreversibel an Neuroleptika-bedingter tardiver Dyskinesie leiden, einer veitstanzförmigen, nicht behandelbaren Bewegungs- und Muskelstörung [Hill 1992].) Also, logische Konsequenz: Es muß wieder mehr geschockt werden. Was kommt danach?

Nun können Sie sagen: Die Psychiatrie, mit der wir manchmal zu tun haben, wenn wir nicht mehr weiter wissen mit unseren Klientinnen, ist ganz anders. Da gibt es eine nette Psychiaterin und Gespräche, und es ist ja nur zum Schutz. Und, wie Michaela Huber zu den Multiplen in der Zeitschrift EMMA schreibt:

Nur wenn ‚das Chaos ausbricht‘, (...) kann ein – vorübergehender – Klinikaufenthalt nötig werden. (1992, S. 20)

Das wird immer gesagt, von allen, Frauen und Männern, die in dem System oder mit ihm zusammen arbeiten. Psychiatrie ist nur das letzte Mittel, nur zum Schutz der Betroffenen, nur so lang wie nötig, Medikamente (damit sind die Neuroleptika gemeint) nur so viel wie nötig.

Aber es sind 95 % (!) aller Anstaltsinsassen und -insassinnen, die Neuroleptika erhalten, und die Schäden, die verharmlosend ‚Nebenwirkungen‘ genannt werden, sind immens. Peter Lehmann stellt aufgrund psychiatrischer Fachliteratur fest:

Durchschnittlich 90 % aller Behandelten leiden unter atrophischen, d.h. eine Schrumpfung des Gehirns beinhaltenden Zuständen; 90 % Bewegungstörungen, häufig irreversibler Art; 30 % Fieberanfälle; bis zu 100 % krankhafte EKG-Veränderungen; 50 % Zahnfleischentzündungen, oft mit Zahnausfall verbunden; (bei fort-dauernder Behandlung) 80 % Lebererkrankungen; 40 % Diabetes; 43 % Fettleibig-

keit. Weiter sind zu nennen: Sterilität, Ausbleiben der Menstruation, Impotenz; Farbstoffablagerungen im Auge und im Herzmuskel; signifikant erhöhte Zahl von Chromosomenbrüchen und -rissen, die zu Mutationen führen; seelische Abstumpfung – „Zombie-Effekt“, Willenlosigkeit, Verzweiflungszustände mit Selbsttötungsgefahr, Verwirrtheit und Delir. (Lehmann u.a., S. 451)

Und weiter:

Alle bekanntgewordenen Neuroleptika-Schäden einschließlich tödlicher Komplikationen treten bei allen Neuroleptika auf, auch den sogenannten schwachpotenten, auch schon nach kurzer Dauer, auch bei geringer Dosis. (ebd., S. 452)

Ein böses Kapitel für sich sind die sogenannten Entzugs- und Supersensitivitätspsychosen, die sich aufgrund von Rezeptorenveränderungen einstellen. Ich empfehle Ihnen zu diesem Thema den „Chemischen Knebel“ von Peter Lehmann. Die Lektüre ist nicht unbedingt ein intellektuelles Vergnügen. Die Neuroleptikaschäden sind ein äußerst unappetitliches Thema. Niemand begibt sich gerne in die Niederungen der Eingeweide, des Speichelflusses, des Verdauungs- und Bewegungsapparats. Aber noch schlimmer als das Lesen ist es, selber aufgedunsen, lallend, sabbernd und schlurfend in einem Körper, der sich all Ihrer Bestimmung entzieht, Ihren BesucherInnen im Anstaltsflur gegenüberzutreten, mit verzerrtem Gesicht ein unverständliches, nasses Hallo hervorzustammeln, das Mitbringsel (ich kann mich noch gut an eine Schale Erdbeeren im Winter erinnern) mit den tauben Händen zu verfehlen und dabei – sozusagen fassungslos und angewidert neben sich selbst stehend – diese Mischung aus Abscheu, Unglauben und Fluchtimpuls auf den Gesichtern Ihrer Freundinnen und Freunde zu lesen: „Die ist ja schrecklich krank. Die ist für uns verloren.“

Das kann ganz schnell gehen. Es reichen wenige Stunden, um aus Ihnen, den aufgeweckten Kongreßteilnehmerinnen, hirnlos wirkende Zombies zu machen. Und das ist dann das, was Michaela Huber

die typischen negativen Begleiterscheinungen von Schizophrenie nennt (ich zitiere weiter):

Abgestumpftheit, leerer Blick, Wahnvorstellungen, sprachliche bzw. Gedankenverzerrung. (S. 178)

Hier haben wir die typische fatale Verwechslung von Neuroleptikawirkung und sogenannter schizophrener Symptomatik.

Vera Stein ist das Pseudonym einer Frau, die als Fünfzehnjährige in die Anstalt kam, weil sie als aufmüpfiges und phantasievolles Kind den Eltern Ärger machte (der typische Unterbringungsgrund für Kinder). Sie verbrachte insgesamt vier Jahre in der Psychiatrie. Als sie endlich draußen war, konnte sie sich nicht mehr verständlich artikulieren (eine Form der tardiven Dyskinesie) und „mußte das Leben neu lernen“, wie sie in ihrem fesselnden Buch „Abwesenheitswelten“ sagt. Vera Stein beschreibt ihr Leben unter Neuroleptika:

Taumelnde Schläfrigkeit wechselte sich ab mit aufsteigender innerer Unruhe, der Drang, mich bewegen zu müssen und zu laufen, siegte. Ich verlor immer mehr die Ausdauer, mich überhaupt noch mit etwas zu beschäftigen. (...) Je mehr Arzneien mir

gegeben wurden, desto schwerer fiel mir die Selbstkontrolle. Mein Interesse an meiner Umwelt stumpfte ab. Ich versank im Zustand von Dumpfheit. (S. 36f.)

Und später:

Zunehmend deutlicher zeigten sich die Nebenwirkungen von Arzneien: meine Schwierigkeiten zu reagieren, mitzudenken, Fragen zu beantworten, obwohl ich alles hörte und mitbekam, was passierte. (...) Mit gekrümmtem Rücken, den Kopf nach vorne gebeugt, hing ich im Stuhl. Der Mund stand vom schief verkrampften Gesicht halb offen, die Augen starrten auf einen Punkt am Fußboden. Ebenso begrenzten sich meine Antriebskraft, meine Energie und mein Willen auf ein Minimum. (S. 160f.)

Ich war längst abhängig geworden (...). Kaum nahm ich wahr, daß es für Arme und Beine, die Kaumuskulatur beim Essen, für meinen ganzen Körper zunehmend größere Mühen machte, in Bewegung zu kommen. Vor allem beide Hände waren sehr verkrampft. Die Gangart ähnelte einem geknickten Roboter (Psychiater sprechen vom „Frankenstein-Gang“, K.K.), denn der Kopf neigte sich nach vorne, Richtung Fußboden. Besondere Qual bargen die Unterdrückung und daß die Körperkraft nachließ, daß das Wehren schwieriger wurde. Ich mußte mir immer mehr gefallen lassen. Hatten anfangs noch drei oder vier Betreuer Mühe, mir Spritzen zu verpassen, so schafften es jetzt schon zwei. (S. 127)

Neuroleptika wirken nicht spezifisch. Sie wirken anti-vital, und damit hemmen sie neben allen anderen Lebensvorgängen auch die sogenannten psychotischen. Psychiater sprechen von einer „vita minima“ (Lehmann, S. 93), von einer „pharmakologischen Lobotomie“ (ebd., S. 81). Und jetzt zitiere ich wieder Michaela Huber. Sie sagt:

Und schon wird sie (die Multiple, K.K.) in die Psychiatrie überwiesen, wo sie mit starken Psychopharmaka (vorzugsweise Neuroleptika) traktiert wird – die jedoch bei Multiplen höchstens Teilwirkungen haben, aber auf jeden Fall kontraindiziert sind, solange nicht tatsächlich eine psychotische Episode vorliegt. (S. 180)

Neuroleptika wirken immer. Sie wirken unabhängig von der Diagnose. Sie wirken so, wie ein Schlag auf den Kopf wirkt, wie ein Verkehrsunfall oder eine Vergiftung wirkt. Sie wirken, wenn sie zu Folterzwecken in totalitären Staaten verabreicht werden. Sie wirken bei Erbsenkeimlingen, die ihr Wachstum einstellen. Sie wirken bei Spinnen, die aufhören zu spinnen – Netze zu spinnen. Sie wirken bei Schweinen, um sie auf Transporten ruhigzustellen. Sie werden auch nicht verträglicher, wenn sie von einer Frau verabreicht werden.

Die Praxis von Berliner Frauentherapieprojekten, ihre schwierigen Klientinnen z.B. an eine Psychiaterin mit dem wohlklingenden Namen Bellabarba zu verweisen, mag den Therapeutinnen ein besseres Gewissen verschaffen. Aber auch Neuroleptika von Frau zu Frau sind Neuroleptika. Frau Bellabarba machte übrigens dadurch von sich reden, daß sie gemeinsam mit ihrem Mann für den Pharmamulti Hoechst gut honorierte Medikamentenversuche an den Patientinnen und Patienten eines Altenkrankeheims durchführte. Die wenigsten der Alten wußten überhaupt davon (Rieck). Frauen schlucken viel. An Medikamenten schlucken sie fast doppelt so viel wie Männer (Schöttler, S. 74). Es gibt Untersuchungen über den Psychopharmakakonsum von Frauen, über die Steigerung mit dem Alter, den „Doppelstandard seelischer Gesundheit“ etc. Ich will das nicht noch einmal herunterbeten. Sie kennen das sicher, fe-

ministischer Grundkurs. Es ist hier vor Ihnen auch nicht mein Thema. Ich habe andere Fragen. Ich frage mich, auch angesichts der Literatur, die ich mir in den letzten Wochen einverleibt habe: Was müssen das für Frauen sein,

- die meinen, in der Psychiatrie verlaufe die Front zwischen Macht und Ohnmacht nur zwischen den Geschlechtern
- die sich freuen, das Diagnoseschema nach Kraepelin um eine weitere Nummer ergänzt zu haben, die 300.14 für MPS im DSM-III-R, oder ist DSM-IV schon raus? Und
- die daraufhin grausam säuberlich die multiplen Frauen von den einfach nur so ‚psychotischen‘ Frauen trennen, die guten ins Töpfchen, die schlechten ins Kröpfchen?

Die Compliance – das ist lt. Wörterbuch die Zustimmung, Willfährigkeit, Unterwürfigkeit – ist ein in letzter Zeit unter weiblichen und männlichen Psychiatern beliebter Begriff, wenn es um die zuverlässige Neuroleptikaeinnahme auch über die Anstaltszeit hinaus geht. Ähnlich wie Ursula Plog das schon 1968 aufgrund einer Versuchsreihe feststellte (Schäfer-Plog), heben auch die beiden Schweizer Psychiaterinnen Cécile Ernst (1989) und Brigitte Woggon („Nebeneffekte“) die Bedeutung der Beziehung Arzt-Patient für die Akzeptanz der Psychopharmaka trotz starker sogenannter Nebenwirkungen hervor. Sie betonen, man solle mit den Patienten über alles sprechen, das fördere die Compliance. Gleichzeitig warnt Frau Woggon davor, „die Rücksicht auf Nebenwirkungen zu übertreiben“. Ödeme seien „im allgemeinen harmlos“, bei Exanthemen (allergischen Hautausschlägen) solle man „nicht zu ängstlich sein“, und Fieberschübe „können sich durchaus positiv auswirken“.

Ich sehe gerade gegenüber Ärztinnen und Psychiaterinnen, die es gelernt und sich zur Aufgabe gemacht haben, Nähe herzustellen zu ihrer Patientin, eine Atmosphäre der Vertraulichkeit, die große Gefahr der blinden Compliance. Asmus Finzen, ein weiterer Kopf der Sozialpsychiatrie, definiert Compliance unumwunden als

die zuverlässige Einnahme der Medikamente (S. 208).

Und wenn es an Compliance mangelt, wenn auch die Depot-Spritze nicht regelmäßig abgeholt wird, werden eben „neue Zuführungssysteme“ erwogen, z.B. Neuroleptika-getränkte Silikonimplantate in der Gebärmutter (Ayd, Vorwort).

Gewalt in der Psychiatrie ist die Gewalt der Psychiatrie. Es ist darüber hinaus auch die Gewalt im Umfeld der Psychiatrie (ihren unzähligen Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Werkstätten, Beschäftigungs- und Geselligkeitszirkeln mit integrierter Depot-Spritze). Und es ist die Gewalt, die in der Androhung der Psychiatrie liegt. Das kennen sicher viele von Ihnen, wenn „das Chaos ausbricht“, man nicht mehr weiter weiß als Betreuerin oder Therapeutin, dieses:

Entweder Du schluckst was, oder Du mußt raus hier aus dem Frauenhaus, der therapeutischen WG oder wo auch immer. Und „raus“ hier heißt dann oft genug „rein in die Psychiatrie“.

Die Gewalt als Wesen der Psychiatrie geben auch Dörner und Plog unverhohlen zu, wenn sie schreiben:

Häufiger passiert es, daß in dieser Weise bedrohte oder drohende Menschen mit Zwang in die Klinik kommen. Die Zwangssituation setzt in größter Erregung ein, steigert die Erregung dann nochmal, so daß es üblich ist, sofort Neuroleptika zu verabreichen (die Begrüßungs-K.o.-Spritze, K.K.), weil ich und andere die Menschen, die so in Erregung sind, – heutzutage – nicht anders aushalten können oder wollen. Die Beziehungsaufnahme nach so einem Knall kann eigentlich nur von der Gewalt ausgehen, kann nicht verharmlosen, kann nur die Begegnung von Gegnern sein. (S. 167f.)

Vera Stein beschreibt eine solche Situation:

Drei Ärzte und Pfleger hielten mich auf einem Stuhl fest, der am Wandschrank gestanden hatte. Trotz wilder Gegenwehr fesselten sie mich um Bauch und Arme herum mit Gurten. Wie so oft fiel der angsterregende Satz: „Schwester ziehen Sie bitte eine Spritze auf!“ Mein Gebrüll schwall an. Ich schnaufte vor Wut, tobte dagegen und rang nach Luft. Der Stuhl kippte hin und her, so daß Herr Q. (das ist der Psychologe, K.K.) sich daraufstemmte, um den Lärm zu dämpfen. Da ich mich trotz der Injektion nicht beruhigte, im Gegenteil sogar noch zorniger wurde, zerrten und schleiften sie mich auf das Bett, um mir Brust-, Bauch- und Fußgurte anzulegen. Herr Q. kniete sich auf meine Schulterblätter. Ein hinzugeeilter Arzt vom Nachbarhaus setzte sich auf beide Beine und stützte sich dabei mit den Ellenbogen gegen meine Oberschenkel. Ein Pfleger drückte beide Füße nach unten, Dr. S. fixierte den Kopf, und die Schwester schnallte die Riemen an, welche seit geraumer Zeit vorsorglich an meinem Bett befestigt worden waren. Abschnallen konnte ich sie nie, denn jede Schlaufe war mit einem Schloß versehen, das ausschließlich vom Personal mit Spezialschlüsseln geöffnet werden konnte. Ich tobte so, daß das Bett immer wieder gegen die Wand schlug. Das veranlaßte sie, es in die Zimmermitte zu schieben, bevor die gesamte Mannschaft den Raum verließ (...). Ich mußte, wie schon so oft, aufgeben und mich damit abfinden, gefangen zu sein. Nicht einmal kratzen konnte ich mich. Bis zum Kopf, etwa um Tränen vom Gesicht zu wischen, reichten die Hände nur unter enormer Kraftanstrengung. (S. 89ff.)

Diese direkte Gewalt ist offensichtlich. Die andere, subtilere ist aber nicht weniger brutal. Psychiatrie ist eine totale Institution, und sie ist ein weitgehend rechtsfreier Raum. Es gibt in ihr kein Entrinnen. Es können mir in der Anstalt – und zwar zeitlich unbegrenzt, unkontrolliert von außen und ohne jegliches Vergehen meinerseits – die wichtigsten Grundrechte geraubt werden.

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit wird mir vorenthalten, wenn der Anstaltspsychiater oder die Psychiaterin es für meine psychische Gesundheit vonnöten hält; ebenso das Recht auf freie Entfaltung und Bewegungsfreiheit, auf Eigentum und Privatheit, auf meine Arbeit, meine Beziehungen, selbst auf Besuch und auf den Empfang von Telefonaten, sogar das Postgeheimnis gilt nicht. Die Psychiatriegesetze sind für die Betroffenen eher hinderlich als hilfreich, denn sie sind voller Gummiparagrafen, sogenannter offener Rechtsbegriffe, die von der Gegenseite flexibel mit ihren Inhalten gefüllt werden können. Zu allem Überfluß sind es die behandelnden und Behandlungswütigen Psychiater und Psychiaterinnen, die vor Gericht als ‚Sachverständige‘ angehört werden.

Als Gewalt wird aber auch die demütigende, herablassende Attitude aller empfunden, vom Arzt bis zur Praktikantin, die Verdummung, die Bevormundung, das Desinter-

esse, daß nie Fragen gestellt werden, das enge Zusammengepfertsein mit vielen oft unerträglichen Anderen, der ständige Lärm, das Verschwinden als Person.

Ich bin den Weg gegangen, der von mir erwartet wurde, habe mich den Gegebenheiten angepaßt. Ich habe mich gefügt, so wie Ärzte und Personal das wollten, und mich immer an die Regeln der Station gehalten. Hab mich bemüht, ein ordentlicher Mensch und Patientin zu sein und mit den Mitpatientinnen, mit denen ich in einem Zimmer gelegen habe, gut auszukommen. Verletzungen habe ich nicht so an mich rankommen lassen, um mich zu schützen. Erfahrungen mit Gewalt habe ich nicht gemacht. (zit. n. Heuwer, S. 161)

antwortet Frau M., die über 10 Jahre in Anstalten zubrachte. Auf die Frage von Gabi Heuwer, was ihr in der Psychiatrie verlorengegangen sei, sagt sie:

Verlorengegangen ist mir eigentlich nichts (...). Vielleicht könnte man sagen, verlorengegangen sind mir viele Jahre meines Lebens. (zit. n. ebd.)

Auch die effektivste Gewalt, die gar nicht mehr spürbare, ist Gewalt.

Jasna Borovnjak aus dem ehemaligen Jugoslawien sagt in „Statt Psychiatrie“:

Es bleibt das Problem meiner Persönlichkeit und ihres gelegentlichen Herausfallens aus dieser Welt, es bleiben die Probleme anderer mit mir und das Problem meiner Offenheit, der Möglichkeit, vom eigenen inneren Überfluß überschwemmt zu werden. Die Psychiatrie weiß nichts von diesen Erfahrungen und ist daran nicht interessiert. Sie ist der letzte Platz auf dieser Welt, wo all meine Möglichkeiten zu kommunizieren, verstanden zu werden und Austausch zu finden, unterbrochen sind. Der Überfluß verschwindet schnell, und damit all mein Reichtum und alles, was mich je ausmachte. Die Psychiatrie mischt sich in all meine Erfahrungen, löscht sie aus, bis sie mich ganz entleert hat und mich schließlich entläßt. Diese Entlassung ist eine Illusion, denn wenn ich aus dem Krankenhaus komme, besteht die Welt nicht mehr, da sie nicht mehr durch mich geht. Gesichter können durch beliebige Gesichter ersetzt werden, meine Spuren gibt es nicht, erst wenn ich herauskomme, wird meine Leere spürbar, denn in der Abwesenheit jeglicher Lebendigkeit innerhalb des Krankenhauses, in Anbetracht der Unpersönlichkeit, die dort herrscht, bin ich dort immer noch jemand. Wenn ich herauskomme und wieder Leben um mich ist, begreife ich, daß es mich nicht mehr gibt. Ich bin in allgemeinen Kategorien geblieben, bin eingeführt in die Geschichte der Fälle, sie haben mich abgefüllt mit Angst vor mir selbst und Unmengen von ‚Medikamenten‘, die absichern, daß ich mich nicht wiedererkenne. (Borovnjak/Solomon, S. 78)

Ich habe nie das notwendige Minimum erreicht. Alle errichteten Grenzen waren nur eine Herausforderung. Das war nicht meine Entscheidung, ich konnte nicht anders. Jetzt sehe ich, daß es weniger schmerzhaft Wege gab. Ich entdeckte den Schlüssel dazu, mache mein Bett, schlucke alles, was sie mir geben, webe, störe nicht das Personal. Ich begreife den Zauber des Gehorsams. Sie entlassen mich schnell. Sie geben mir weniger ‚Medikamente‘. Eine weniger schwerwiegende Diagnose. Wenn ich sie bitte, schließen sie mir das Badezimmer auf, zu Zeiten, die dafür nicht vorgesehen sind. Später dann komme ich raus und kämpfe mit allem, was sie mir angetan haben. Ohne viele Fragen. (ebd., S. 80)

Ich kenne viele Menschen, die die Psychiatrie für Jahre, wenn nicht für immer, gebrochen hat. Gefühle kann ich mir nach der Psychiatrie eigentlich nicht mehr leisten. Ich

kann mir selber nicht mehr trauen. Nichts ist mehr normal. Alle Gefühlsregungen – Wut, Angst, Ausgelassenheit, Trauer – stehen unter dem bedrohlichen Vorzeichen: Ist es wieder so weit? Es braucht eine übernormale Kraft und Stabilität, um auf die psychiatrische Auslöschung so zu reagieren, wie Jasna Borovnjak es im folgenden beschreibt:

Sie forcieren meine Peripherie, alles, wodurch ich mich nicht unterscheide. Es interessiert sie nicht, was mich wirklich ausmacht: Aber das geht mich an, davon weiß ich, das bin ich, darauf beziehe ich mich, wenn mir alles weggenommen wurde. Bei allen ‚Medikamenten‘ und bei aller Disziplinierung dieser Welt können sie mich nicht auslöschen. Sie können bewirken, daß ich lange von meinem Leben abwesend bin, daß ich es nicht spüre, daß ich es nicht mehr wünsche. Aber sie können das Leben nicht aus mir reißen, ich bin viel, ich bin mehr. Die Eigenschaft von mir, der Verrückten, ist, daß ich mich immer wieder erneuern kann, denn ich bin antifunktionell, nicht optimal, nicht einem Zweck untergeordnet. Mein Zweck beschränkt sich darin zu sein, denn ich verstehe es zu sein. (ebd., S. 80f.)

Ich bin viel, ich bin mehr – mehr als jede Diagnose, mehr auch als viele Diagnosen. Vielen von uns wurde weit mehr als nur eine Diagnose angehängt. Multiple Diagnostik.

Diagnostik

Am Anfang steht natürlich die richtige Diagnose (S. 184), schreibt Michaela Huber. Am Anfang war das Wort. Ist es so natürlich zu diagnostizieren? Und gibt es sie plötzlich, die richtige Diagnose? Verschwindet das

gewaltige Entehrungspotential psychiatrischer Etikettierung (Jaccard, S. 35), wenn ich von einer Feministin etikettiert werde? Ändert dies irgendetwas an der Funktion der Diagnose als Anmaßung, die alles was mir in Zukunft helfend angetan wird, rechtfertigt, als Urteil und als selbsterfüllende Prophezeiung (Kempker, S. 28ff.)?

Die Diagnose ist das Machtmittel der Psychiatrie. Mit ihr ändert sich schlagartig alles. Sie ist das Vergehen, für das mir meine Freiheiten entzogen werden, fürsorglich und vorsorglich und nur zu meinem besten natürlich, für das ich eingesperrt, zwangsbehandelt und geschockt werde. Ohne Diagnose dürfte das keiner mit mir tun. Das wäre Freiheitsberaubung, Körperverletzung und versuchter Totschlag. Mit der Diagnose Schizophrenie oder endogene Depression ist es ärztliche Heilkunst.

Macht, Willkür und Unverständnis sind die Grundlagen der Diagnostik. Die Grenze zwischen den sogenannten Geisteskrankheiten und den sogenannten neurotischen Störungen, zu denen ja die Multiplen gezählt werden, ist die Verstehbarkeit.

Wenn eine Therapeutin, die hier auf dem Kongreß war oder die einschlägige Literatur kennt, mit einer Klientin konfrontiert wird, mit der sie nicht so schnell warm wird, die Erinnerungslücken hat, etwas unzuverlässig wirkt, vom Alltag verwirrt scheint, unstet und schwankender Stimmung und was wir noch gestern in den Vorträgen gehört haben, wird sie sofort kombinieren: vielleicht multipel. Alle Zumutungen, Unverständlichkeiten, Verrücktheiten, die ihr im Kontakt in Zukunft begegnen, liest sie unter dem beruhigenden und verständnisvollen Vorzeichen: vielleicht multipel, bis die Indizien irgendwann zur Gewißheit werden.

Eine andere Therapeutin, weniger belesen, nicht up to date, kommt bei derselben Klientin, die ihr etwas therapieresistent, nicht gruppenfähig und nach einigen Verstößen gegen das therapeutische Setting auch nicht mehr tragbar erscheint, zu dem Urteil:

Schizophren, also außerhalb meiner Zuständigkeit. Ich nenne ihr eine nette Psychiaterin.

Die Chancen, verstanden zu werden, sinken mit der Zunahme der sozialen und kulturellen Unterschiede zwischen Therapeutin und Klientin. In den USA ist nach einer Studie Schizophrenie bei psychiatrisierten schwarzen Frauen die häufigste psychiatrische Diagnose, bei weißen Frauen die seltenste. Konsequenz ist, daß Schwarze dreimal häufiger zwangsuntergebracht werden, mehr Neuroleptika schlucken und länger in der Anstalt sind (Ramm, S. 14ff.).

Dörner und Plog erklären die Tatsache, daß Angehörige der unteren sozialen Schichten häufiger als schizophren diagnostiziert werden, so:

Da die Diagnose von Ärzten, d.h. Angehörigen der oberen Mittelschicht gegeben wird und da der, der die Diagnose trägt, mehr soziale Nachteile erfährt als andere Kranke, vermeiden die Diagnostiker die Diagnose bei denen, die ihnen ähnlich sind. (S. 175)

Diese Unterschiede können wir, solange sie existieren, nur in Betracht ziehen. Sie lassen sich nicht einfach hinwegfegen. Was ich nicht verstehe, verstehe ich nicht. Ich verstehe höchstens, warum ich es nicht verstehe. Und vielleicht komme ich irgendwann dahin, nicht alles verstehen zu müssen. Ich kann auch im Kontakt bleiben, wenn ich nicht verstehe. Oft ist es viel hilfreicher, Verbündete im eigenen Nichtverstehen zu haben als festzustellen, so sagt es der als Autist bezeichnete Birger Sellin,

wie Angst in appetitlicher Weise totgemeistert wird. (zit.n. Klonowsky, S. 35)

Bei Beckett heißt es in „Der Namenlose“:

Teure Verständnislosigkeit, dir werde ich letzten Endes verdanken, ich zu sein.

Und Jasna Borovnjak sagt:

Ich liebe es, daß meine Sensibilität eine andere ist, aber ich weiß, in welche Verlegenheiten sie mich bringen kann, denn die Welt ist nach dem Maß der Normalen. (...) Vielleicht hilft nichts gegen meinen Wahnsinn. Solange die Ursachen dafür bestehen, kommt und geht er von alleine. Er geht vorbei, wenn man ihn vorbeigehen läßt. (S. 58f.)

Stehen Sie zur Verfügung, wenn der Wahnsinn kommt, und treten Sie zur Seite, wenn er vorbeigehen will!

Es wäre anmaßend, alles verstehen zu wollen. Sinnvoll ist sicher mehr als nur das, dessen Sinn ich gerade erkenne. Es ist grausam, die, die ich nicht verstehe, der Psychiatrie zu überantworten. Wenn wir uns einig wären, jede hilfeschende Frau ernst zu nehmen, den Wirklichkeitsgehalt ihrer Erzählungen nicht in Frage zu stellen, jeder Verrücktheit einen wie auch immer gearteten Sinn zu unterstellen, dann wäre die Diagnose nur störend (außer zu Abrechnungszwecken).

Es ist aber anders. Feministinnen haben eine neue Frauenkrankheit entdeckt, MPS. Ich bezweifle keinesfalls die Existenz dieser Selbstaufspaltung, die nach unerträgli-

chen Gewalterfahrungen das Überleben sichert. Im Gegenteil. Ich bin überzeugt, daß jede Art von Verrücktheit eine Reaktion auf unerträgliche Erfahrungen ist. Aber warum wird das jetzt auch noch von feministischer Seite zur Krankheit erklärt? Und warum, da beginnt dann meine Wut und mein versammeltes Unverständnis, warum werden so grausam die verrückten und die multiplen Frauen auseinanderdividiert?

Falls Sie das, so wie ich zu Anfang, gar nicht glauben wollen, lese ich Ihnen dazu ein paar Stellen aktueller feministischer Literatur vor. Roswitha Burgard sagt in der Einleitung zur Neuauflage von „Wie Frauen verrückt gemacht werden“ 1993:

Das Anliegen von Michaela Huber und mir ist es, Frauen mit ähnlichen Symptomen zu ermutigen, sich adäquate Hilfe zu suchen, die sie darin unterstützt, daß es sich bei einer MPS nicht um „Geisteskrankheit“, nicht um „Verrücktsein“ handelt, sondern um einen komplizierten Überlebensmechanismus. (S. 16)

Und Huber erläutert:

MPS basiert nicht auf einem psychischen Defekt, ist also keine „Geisteskrankheit“. Sondern sie ist das Ergebnis ganz besonders gut ausgeprägter dissoziativer Fähigkeiten, die das Überleben des Mädchens in einer extrem gewalttätigen Umwelt ermöglichen. (1993, S. 171)

Frau Huber rät dazu,

bei den Schilderungen ihrer Patientinnen zwischen Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden. Wenn sie das aber nicht tun, wie wollen sie dann eine Multiple von einer Schizophrenen unterscheiden? (ebd., S. 180)

Und dabei ist es doch so einfach, wie sie meint, denn es gibt

deutliche Unterschiede zwischen MPS und Schizophrenie, die in der Regel nicht zu übersehen sind: Die „Stimmen“ der Schizophrenen reden in der Regel wirres Zeug (Bedrohungen aus dem All etc.) und sind für einen Dialog nicht zugänglich. (ebd., S. 178)

Da sind wir wieder an der Stelle, wo der unbefriedigte Erkenntnisdrang der Therapeutin die Diagnose ‚geisteskrank‘ fällt wie ein Schlachtbeil. Es geht dann weiter mit der schizophrenen Abgestumpftheit, leerer Blick, (...) Gedankenverzerrung (ebd.),

diesen demütigenden und entwertenden Begrifflichkeiten klassischen psychiatrischen Denkens. Und es gipfelt in einem „entscheidenden Hinweis“, den uns die Autorin anbietet über

die Herkunft der „Stimmen“: Nimmt die Person sie als „von innen kommend“ wahr, ist sie wahrscheinlich eher multipel, scheinen sie dagegen „von außen“ zu kommen, spricht dies für Schizophrenie (ebd., S. 178f.).

Ich frage mich, welches Verständnis von Verrücktheit hinter solchen Aussagen steckt. Von einer multiplen Klientin sagt Huber an anderer Stelle:

Sie hat riesige Angst davor, in der Psychiatrie zu landen. Aber dort gehört sie nicht hin. Nein, Heide ist nicht verrückt. Sie ist ein Folteropfer. (1992, S. 18)

Und was sind die Verrückten? Geisteskranke? Hirnkrankte?

Die Esoterik-Gurus Christina und Stanislav Grof nehmen die gleiche Ausgrenzung vor, wenn sie in ihrem Buch „Die stürmische Suche nach dem Selbst“ streng unterscheiden zwischen spirituellen und psychiatrischen Krisen.

Ich weiß, daß nicht alle feministischen Therapeutinnen diese saubere und simple Trennung vollziehen. Roswitha Burgard verstrickt sich zumindest in Widersprüche, wenn sie im selben Buch, in dem sie vorne die Trennung Multiple / ‚Geisteskrank‘ fordert, hinten sagt:

Wir dürfen uns nicht länger „verrückt“ machen lassen von der Angst, für „verrückt“ gehalten zu werden! Wenn wir die Spaltung nicht mehr mitmachen in „normale“ und „verrückte“ Frauen, kann uns die Verleumdung, „verrückt“ zu sein, auch nicht mehr schrecken! (S. 203)

In den USA ziehen Feministinnen gemeinsam mit der Antipsychiatrie-Bewegung gegen die Erfindung von immer neuen Frauenkrankheiten zu Felde. Sie protestierten z. B. im Mai '93 beim Jahrestreffen des Psychiaterverbands APA, der die Inhalte der diagnostischen Bibel DSM festlegt, gegen die Kategorisierung der neuen „Frauenkrankheit prämenstruelles Syndrom“ als „depressive Verstimmung“ („Psychiatry“). Im DSM-IV, dem aktuellsten diagnostischen und statistischen Handbuch der Geisteskrankheiten, wird es also wieder eine neue ‚Frauenkrankheit‘ geben, Grund zum Feiern gibt es in den USA deswegen nicht, höchstens bei den Pharmamultis.

Kate Millett hat die Psychiatrie am eigenen Leib erfahren. Sie kämpft öffentlich gegen diese „gigantische Industrie“ der sozialen Kontrolle, die als einflußreiches Glaubenssystem die Kirche längst in den Schatten gestellt habe. Das medizinische Modell ist für Millett

sowohl niederträchtig als auch töricht. Es ist eine Laien-Religion, aber auch eine massive Bedrohung (S. 427).

Eine Person, die der psychischen Krankheit überführt wurde, sagt Millett,

existiert rechtlich nicht mehr, ihr selbständiger Status und die persönliche Identität sind ausgelöscht, und das betrifft alle Bereiche der Lebensgestaltung und des Selbst. (S. 428f.)

Die kanadische antipsychiatrie und feministische Therapeutin Bonnie Burstow äußert sich in ihrem Buch „Radical feminist therapy: working in the context of violence“ zur Diagnose MPS:

Unsere Inzest-betroffenen Schwestern sind, wie früher auch, die meistversprechenden Ausstellungsstücke. Im 19. Jahrhundert führte Charcot diese Frauen vor, damals nannte er sie „Hysterikerinnen“; er förderte und verstärkte ihre sexualisierten Bewegungen, während die gesamte Psychiatrie den sexuellen Mißbrauch in der Kindheit leugnete. Heute, wo die Psychiatrie die Realität des sexuellen Kindesmißbrauchs nicht länger abstreiten kann, hält sie sich typischerweise selber eine Entdeckung zugute, die Frauen machten, und baut auf ihr eine Wachstumsindustrie auf, geleitet von unternehmerischen Psychiatern. Die tief verletzten und fragmentierten Frauen, die die Psychiatrie „Multiple“ nennt, haben sich als hierfür besonders brauchbar erwiesen. Die vorgeführten Hysterikerinnen Charcots sind die vorgeführten Multiplen der modernen Psychiatrie.

Es ist gar keine Frage, daß mißbrauchte Frauen, die sehr frühe und wiederholte sexuelle Angriffe erlebt haben, vergessen, abspalten, fragmentieren. Dies Vergessen,

Abspalten und Fragmentieren ist real – keine Verstellung. Typisch ist jedoch, daß die Psychiatrie das Vergessen für absolut erklärt und festschreibt und einen Mangel an reflektiertem Bewußtsein so behandelt, als sei überhaupt kein Bewußtsein vorhanden. Darüber hinaus fördert die Psychiatrie aktiv die Aufspaltung, auch wenn sie von „Integration“ spricht. Auf Geheiß der Psychiater sagt die einzelne Frau, die früher „ich“ sagte, nun gewohnheitsmäßig „wir“. In einem „Krankenhaus“ in Ottawa werden die mit MPS diagnostizierten Individuen routinemäßig jede Nacht mehrmals ins Bett gesteckt – jede „Persönlichkeit“ zu einer anderen Zeit. Die zersetzende Wirkung ist offensichtlich und erschreckend. Genauso ernstzunehmen ist, daß überall in Nordamerika Psychiater ihre „Multiplen“ filmen; sie warten auf Persönlichkeitswechsel, ermutigen geschickt dazu und halten sie fest. Bei speziellen Inzest-Konferenzen führen sie die Filme dann vor, zur Faszination und Belehrung der Zuschauer. Der Zirkus geht weiter. (1992, S. 36f.)

Soweit Bonnie Burstow.

Feministische Psychiatrie

„Ja, die Männer!“ können Sie jetzt einwenden. Wir wollen ja eine frauengerechte Psychiatrie. Und

Voraussetzung für eine frauenspezifische Psychiatrie, sagt Roswitha Burgard,

ist die erkannte gemeinsame Basis zwischen Patientin und Psychiaterin. (S. 203)

Die Psychiatrien und die Psychiaterinnen, die ich in mehr als drei Jahren kennengelernt habe, machen diesen Satz für mich zu einem zynischen. Meine gemeinsame Basis mit einem männlichen Insassen ist in der Anstalt weit größer als die mit einer Psychiaterin, die mich diagnostiziert, prognostiziert, mit Neuroleptika traktiert, mit Ausgangssperren und Besuchsverboten drangsaliert und mit mir Gespräche von Frau zu Frau führt, die sie protokolliert oder gar noch filmen läßt.

Und wenn ich höre, daß Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen eine frauengemachte Frauenpsychiatrie planen, erfüllt mich diese Vorstellung mit einem ganz besonderen Grauen. In einer Umgebung, wo die Fronten klar sind, wo die Gefangenen auch so genannt werden und die Wärter Wärter, wo Folter Folter ist und das Ziel Zerstörung, kenne ich bei allem, was mir widerfährt, meine Position. In der Psychiatrie gelte ich als Patientin, ich werde von Ärzten „behandelt“, von Schwestern „gepflegt“, und das Ziel ist die Linderung meines Leidens. Die Psychiatrie hat ein sehr ausgeklügeltes Übersetzungssystem, mit dem Gewalt zu Fürsorge wird und Zwangsbehandlung zur Notfallmaßnahme. Wer aber Zwangsuntergebrachten aus der Anstalt hilft, macht sich der Gefangenenbefreiung schuldig.

Die feministische oder frauengerechte Psychiatrie – schon diese Bezeichnung ist ein Wortungeheuer, das sich im Grunde selber fressen müßte – wird, so fürchte ich, ein noch viel feineres und damit undurchschaubareres Vokabular entwickeln für die gleichen Praktiken. Die geschlossenen Stationen, die schon geplant werden, schützen z. B. die einsitzenden Frauen vor ihren männlichen Mißhandlern. Und welchen guten Zwecken dienen die Diagnosen, die Therapien, die Psychopharmaka, die anderen Zwänge? Ich bin sicher, daß dafür kluge und wohlklingende Antworten gefunden werden.

Es wird den Insassinnen dieser Anstalten damit auch viel schwerer gemacht, sich zur Wehr zu setzen. Wenn schon in der herkömmlichen Psychiatrie dieses Wehren ganz ins Innere der Person verlegt werden muß, um sich vor Sanktionen zu schützen und die Entlassung nicht zu gefährden, so wird es in der Frauen-für-Frauen-Psychiatrie schon als innere Haltung verunmöglicht. Denn der Feind sitzt da, wo die Vögel zwitschern und das Leben sich abspielt: vor der Tür.

Drinne sind wir sicher, wir gehören zusammen, weil – das ist so platt, wird aber immer wieder gesagt – wir doch alle Frauen sind. Und damit ich weiß, wo's für mich als Frau langgeht, wenn ich wieder rauskomme, geben mir die Frauen, die es schon wissen, die Orientierung – die Fachfrauen, die mit dem Schlüssel. Denn, ich zitiere Hannelore Voss,

Im Unterschied zur weiblich sozialisierten Orientierung am Mann als Wertegeber wird in der feministischen Therapie eine Frau zur Werte-Geberin, zur Orientierung, zum Maßstab. (S. 206)

Michaela Huber sagt in dem Kongreßprogramm, das Sie alle kennen, wann Multiple geheilt werden können:

... ihre Heilungschancen sind sehr gut – vorausgesetzt, sie finden eine kompetente, liebevolle und ausgebildete Therapeutin.

In Kurzform: Vorausgesetzt, sie finden eine Frau wie mich. Was unterscheidet diese Form der Anmaßung von der des jovialen Psychiaters in Weiß? Sie ist weniger offensichtlich und damit letztlich, das stelle ich einmal so provokant zur Diskussion, gefährlicher.

Ich erwarte von wirklich feministischen Therapeutinnen, daß sie nicht Modell stehen, sondern zur Verfügung stehen. Daß sie ihre Vorbildfunktion, das Setting und die nächste wissenschaftliche Arbeit zurückstellen, ihre Rolle, ihre Macht und ihre Wirklichkeit immer wieder in Frage stellen und offen sind für all das, was es noch gibt, genauso real und mit dem gleichen Recht. Auch wenn sie keinen Namen dafür haben, es nicht verstehen und womöglich nicht komplett abrechnen können.

Ich erwarte auch, daß die therapeutischen Grundsätze, die für die Multiplen entwickelt wurden, als Selbstverständlichkeiten im therapeutischen Umgang erkannt werden, die für alle Klientinnen gelten, multipel oder nicht. Wärme und Zuneigung, Therapie als langfristige und ernsthafte Verpflichtung, die intensive individuelle Beziehung, daß nichts ohne Sinn ist, eine gewisse Flexibilität in der Zeit, in Krisen erreichbar zu sein – um nur ein paar der sogenannten Besonderheiten im Umgang mit multiplen Frauen zu nennen – das sind für mich immer die Minimalanforderungen an Therapeutinnen und Therapeuten gewesen. Wir werden in der AG heute nachmittag mehr Zeit für dieses Thema haben und vermutlich weitere Kriterien entwickeln. Polina Hilsenbeck nennt zusammen mit zwei Kolleginnen als Grundvoraussetzung für Vertrauen die Zusicherung, die Klientin niemals in die Psychiatrie einzuliefern (Hilsenbeck u.a., S. 62).

Bonnie Burstow geht weiter. Sie empfiehlt den feministischen Praktikerinnen:

- Erklärt öffentlich eure antipsychiatrische Einstellung.

- Nennt euch nicht „Professionelle für psychische Gesundheit“. Unser Erbe geht zurück auf die Hexen und Hebammen, nicht auf die Ärzte, die sich der Macht der Frauen bemächtigt und sie für „verrückt“ erklärten. Es ist ein wunderbares Erbe. Laßt es uns zurückfordern!
- Arbeitet nicht in psychiatrischen Einrichtungen oder zusammen mit Psychiatern und Psychiaterinnen.
- Überweist niemanden an Psychiater und Psychiaterinnen oder an andere Personen oder Einrichtungen, die eine Einweisung in die Psychiatrie betreiben könnten.
- Arbeitet nicht in sozialen Einrichtungen, die nicht bereit sind, die Psychiatrie infrage zu stellen.
- Setzt fest entschlossen Antipsychiatrie-Diskussionen auf die Tagesordnung jeder Organisation oder Einrichtung, die ihr mitplant oder in der ihr gerade Mitglied seid.
- Fordert die Menschen heraus, wann immer sie dieses Konzept verwässern wollen. (...)
- Ermutigt Organisationen, mit denen ihr zu tun habt, daß sie Psychiater und Psychiaterinnen, die dort tätig sind, durch andere Beratungspersonen ersetzen. (...)
- Setzt euch öffentlich für ein Ende von Zwangseinweisungen ein.
- Setzt euch gegen die Anwendung von Neuroleptika, Antidepressiva und Schock-„Behandlungen“ ein. (...)
- Macht antipsychiatrische Aussagen bei öffentlichen Anhörungen und schreibt kritische Stellungnahmen zu vorgeschlagenen Psychiatrie-Gesetzen. (1993, S. 135f.)

Übertragen auf die aktuelle Situation kann das heißen: Nutzen Sie den Medienrummel um die Multiplen, um Stellung zu beziehen zur menschenrechtsverachtenden Psychiatrie. Seien Sie professionell im ursprünglichen Sinn, erklären Sie sich öffentlich.

Darüber hinaus

Ich möchte noch einen kleinen Blick über den Tellerrand der psycho-sozial-therapeutischen Eigenwelt werfen auf eine, wie ich finde, viel spannendere, facettenreichere und bewegtere Welt, die in der (schönen) Literatur, der Philosophie und in Selbstzeugnissen ihren Ausdruck findet.

An unseren unablässig wechselnden bewegten Fluten bleibt kein Name haften (S. 133), sagen die Stimmen in Nathalie Sarrautes neuem Roman „Du liebst dich nicht“. Es sind die namen- und gesichtslosen Stimmen, die miteinander im Gespräch sind und in ihrer Gesamtheit so etwas wie eine Figur bilden, die mehrheitlich staunend, amüsiert, auch mal erschrocken auf die Ich-Menschen um sich herum schauen:

Wie machen es die anderen, daß sie, wenn sie in sich hineinsehen, sich darin zurechtfinden? Sie sind doch wie wir, jeder von ihnen ... solche Unendlichkeiten ... Wie machen sie das, daß sie sich so klar, so einfach fühlen? (S. 29)

„Das ist ganz einfach“, heißt es an anderer Stelle,

Sie haben das Gefühl, daß die Teilchen, aus denen sie bestehen, alle unlösbar zusammengeschweißt sind, alle ohne Unterschied ... die hübschen und die häßlichen, die

bösen und die guten, und dieses kompakte Ganze, das sie „Ich“ nennen, hat die Fähigkeit, sich zu verdoppeln, es kann sich von außen betrachten, und das, was es sieht, dieses „Ich“, das liebt es eben. (S. 12f.)

Und dann läßt sich eine der Stimmen, eine vorwitzige, dazu verlocken, mit einem dieser Menschen zu sprechen. Sie fragt ihn:

Hören Sie, ich wollte Sie fragen ... Haben Sie nicht selbst, ich meine in Ihrem Innersten, das Gefühl ... ich sage ausdrücklich, ganz tief innen, gelingt es Ihnen, sich einigermaßen klar zu sehen ... haben Sie das Gefühl zu wissen, wer Sie sind ...? (S. 15)

Und nach einigem Vergewissern hin und her kommt er, der Ich-Mensch, zu dem Ergebnis, daß manchmal zwei Personen in ihm stecken könnten. Zwei, das ist gerade noch vorstellbar, zwei Seelen ach, Dr. Jekyll und Mr. Hyde, Mönch und Bankier. „Das ist wenig“, sagt die Stimme.

– Wenig? Sind es bei Ihnen denn mehr? (...)

– O ja, es sind so viele ... wie Sterne am Himmel ... es kommen immer neue zum Vorschein, von denen man nichts ahnte ... Ich habe es dann aufgegeben, verstehen Sie, ich bin das ganze Universum, alles, was virtuell vorhanden ist, alles, was möglich ist ... das Auge sieht es nicht, alles erstreckt sich ins Unendliche ... (S. 16)

Der Ich-Mensch erschrickt. Er verweist die Stimme an einen Fachmenschen. Der Kommentar der anderen Stimmen:

Ein Fiasko auf der ganzen Linie.

Ich kehre zurück zur Persönlichkeit wie zur Endstation (Pessoa 1982), heißt es in einem Gedicht von Fernando Pessoa, oder verfaßte es eines seiner Heteronyme? Pessoa, der wohl bedeutendste moderne Dichter Portugals, war schon vor 70 Jahren das, was wir heute multipel nennen. Und er war mehr. Pessoa – das heißt im Portugiesischen Person, Maske, Fiktion – sagt von sich und den anderen Personen, die durch ihn leben:

Es ist ein Drama in Leuten, statt in Akten. (Ob diese drei Individualitäten mehr oder weniger wirklich sind als Fernando Pessoa selbst, ist ein metaphysisches Problem, das dieser, da ihm das Geheimnis der Götter unbekannt ist und er infolgedessen nicht weiß, was die Wirklichkeit ist, niemals wird lösen können.) (1988, S. 12)

Die Belletristik ist voller Multipler. Die Suche nach dem anderen, dem ebenso Möglichen, der Blick von außen auf das, was die Wirklichkeit sein soll – Bernardo Soares, von Pessoa eingestuft als Halbheteronym, gebraucht ein Bild:

Wer am Rande der Tanzfläche steht, tanzt mit allen.

Diese Art der Lebensbetrachtung, der das Selbstverständliche fehlt, ist die Quelle von Kraft und Kreativität, aber auch von Isolation und Irritation. Die Spannweite zwischen beiden Polen nutzen zu können für das eigene Leben, ohne es in therapeutische Hände zu geben oder psychiatrisch verstümmeln zu lassen, das wünsche ich mir für alle, ob sie nun verrückt, multipel oder irrsinnig normal sind.

Es gibt viele Gründe und Abgründe für dieses Ich ohne Grund und Boden. Das, was mir zustieß, sicher. Aber noch mehr, wir leben im „Zeitalter des Mißtrauens“, der

Zerstörung unserer Lebensgrundlagen, des drohenden Atomkriegs, des Völkermords. Einsamkeit, Ignoranz, Fremdenhaß, Armut. Es gibt neben dem einen Grund für das Zersplittern und das Vervielfältigen des Ichs so unzählige gewichtige andere, daß es vielleicht eher zu denken geben muß, wenn jemand nicht multipel wird. Wie können Sie ‚ich‘ sagen?

Wir sind verschieden, und das ist gut so. Weil wir Frauen sind oder weil wir in der Psychiatrie waren oder weil wir die gleiche Diagnose haben, müssen wir uns nicht verstehen. Auch Leiden macht nicht gut. Gut wäre es aber, es selber zum Thema zu machen, es mit eigenen Worten zu benennen und in der eigenen Hand zu behalten. Dann kann es auch der Treibstoff sein, die Motivation zum Lautwerden und zum Handeln. Für viele ist es der Haß, der ihnen die Kraft dazu gibt, ein produktiver Haß, den wir uns und auch anderen nicht nur gestatten, sondern abverlangen sollten. Günther Anders spricht von einer Verpflichtung zum Haß. Diejenigen,

auf die es ankommt, müssen, obwohl sie es hassen zu hassen, doch hassen. (zit.n. Thürmer-Rohr, S. 161)

Und die, auf die es ankommt, das sind die Fachfrauen in eigener Sache, wie auch immer sie von anderen diagnostiziert wurden. Es kann lange dauern – und wir sollten nicht darauf warten –, bis feministische Therapeutinnen nach den Multiplen irgendwann nach und nach all die anderen ‚nicht geisteskranken‘, aber psychiatrisierten Frauen entdecken, sie rausholen, umdefinieren und für therapiewürdig erklären. Wenn der Glaube an die Heilkraft der Professionellen vergangen ist, wird Platz für die eigenen Wünsche, Forderungen und Ziele. Bei deren Durchsetzung kann Hilfe von außen dann wieder hilfreich sein. Linda Block aus Kanada sagt:

Ich entdeckte, daß wir Multiplen unsere eigene Sprache entwickeln, unsere eigene Stimme für unsere Wahrnehmung der Welt. (...) Ich lerne, auf mich selber zu hören.

Literaturverzeichnis

- Ayd, Frank J. (Hg.): The future of pharmacotherapy. Baltimore 1973
- Block, Linda: On multiple personality enhancement. In: Rising Tide – Newsletter of the Ontario Psychiatric Survivor's Alliance (Kanada), Frühjahr 1993, S. 39
- Borovnjak, Jasna: Was hilft mir, wenn ich verrückt werde? In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 58–59
- Borovnjak, Jasna / Solomun, Zoran: Ein Blick, der nicht betrügt. In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 78–81
- Breggin, Peter (a): Persönliche Beweggründe für antipsychiatrisches Handeln. In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 394–397
- Breggin, Peter (b): Auf dem Weg zum Verbot des Elektroschocks. In: Kempker/Lehmann (Hg.), Statt Psychiatrie. Berlin 1993b, S. 156–172
- Burgard, Roswitha: Wie Frauen verrückt gemacht werden. Diskriminierung im Alltag, Psychiatrie und Psychotherapie. München 1993
- Burstow, Bonnie: Ethischer Kodex feministischer Therapie. In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 131–136

- Burstow, Bonnie: Radical feminist therapy: working in the context of violence. Newbury Park / London / Neu Delhi 1992
- Dörner, Klaus / Plog, Ursula: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 7. Aufl. Bonn 1992
- Eichenbrenner, Ilse: Völlig losgelöst. Die Jahrestagung der DGSP in Mönchengladbach. In: Soziale Psychiatrie, 14. Jg. (1990), Nr. 51, S. 16–18
- Ernst, Cécile: Psychische Leiden wegen der Psychiatrie? Basisinformationen zum heutigen Wissensstand. In: Neue Zürcher Zeitung vom 23.2.1989, S. 23
- Finzen, Asmus: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. 10. Aufl. Bonn 1993
- Grof, Christina / Grof, Stanislav: Die stürmische Suche nach dem Selbst. Praktische Hilfe für spirituelle Krisen. München 1991
- Heuwer, Gabi: (Un)bescheidene Frauen oder was Langzeitpatientinnen für ihre Lebensgestaltung brauchen. In: Schneider/Tergeist (Hg.), S. 158–170
- Hill, David: Major tranquillizers: a good buy? In: Clinical Psychology Forum (England), Oktober 1992, S. 35–36
- Hilsenbeck, Polina / Blessing, Annemie / Haller, Brigitte: Ist Frau-Sein eine Krankheit? In: Schneider/Tergeist (Hg.), S. 51–65
- Hoffmann, Dagmar (Hg.): Frauen in der Psychiatrie oder wie männlich ist die Psychiatrie? Bonn 1991
- Huber, Michaela: MPS. In: Emma, 1992, Nr. 9, S. 18 u. S. 20
- Huber, Michaela: Multiple Persönlichkeiten – Überlebende extremer Gewalt. In: Burgard, S. 169–191
- Jaccard, Roland: Der Wahnsinn. Frankfurt a.M. 1983
- Kempker, Kerstin / Lehmann, Peter (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin 1993
- Kempker, Kerstin: Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie. Berlin 1991
- Klonovsky, Michael: ‚ich ertrinke in einsamkeit‘. In: Zeit, 47. Jg. (1992), Nr. 32, Magazin, S. 28–35
- Kraepelin, Emil: Einführung in die psychiatrische Klinik. 3. Aufl. Leipzig 1916
- Lehmann, Peter: Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. 3. Aufl. Berlin 1993
- Lehmann, Peter / Stastny, Peter / Weitz, Don: Wege zum Ausstieg aus der Psychiatrie. In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 449–482
- Millett, Kate: Psychische Krankheit – ein Phantom. In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 421–31. Über Nebeneffekte von Psychopharmaka offen sprechen. In: Selecta, 30. Jg. (1988), Nr. 19, S. 1406–1409
- Pessoa, Fernando: Ich legte die Maske ab und besah mich im Spiegel. In: Verena v. Heyden-Rynsch (Hg.): Riten der Selbstauflösung. München 1982, S. 236
- Pessoa, Fernando: Dokumente zur Person und ausgewählte Briefe. Zürich 1988
- Psychiatry votes to label 500 000 more women „mentally disordered“. In: Dendron (USA), Heft 33/34 (Herbst 1993), S. 1 u. S. 8–9
- Ramm, David: Over committed. In: Southern Exposure (Lakemont/Georgia), Herbst 1989, S. 14–17
- Rieck, Horst: „Zum Wohle der Patienten“. In: Stern, 39. Jg. (1986), Nr. 4

- Rüdin, Ernst: Eröffnungsansprache zur 5. Jahresversammlung in Wiesbaden vom 26. bis 28.3.1939. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete, Bd. 114 (1940), Nr. 1/2, S. 164–167
- Rufer, Marc: Verrückte Gene. Psychiatrie im Zeitalter der Gentechnologie. In: Kempker/Lehmann (Hg.), S. 137–155
- Sarraute, Nathalie: Du liebst dich nicht. Roman. Köln 1992
- Schäfer-Plog, Ursula: Die Wirkung von Fluphenazin auf das Testverhalten von Versuchspersonen unter Berücksichtigung der vegetativen Labilität und des Einflusses des Versuchsleiters. In: Arzneimittel-Forschung, 18. Jg. (1968), Nr. 4, S. 443–447
- Schneider, Doris / Tergeist, Gabriele (Hg.): Spinnt die Frau? Ein Lesebuch. Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn 1993
- Schöttler, Petra: Risiken und Nutzen psychisch wirksamer Arzneimittel aus der Sicht der Krankenkassen – am Beispiel geschlechtsspezifischer Verordnungen in der Gruppe der 41- bis 51jährigen. In: Sybille Ellinger-Weber (Hg.): Psychopharmaka im Alltag. Hamburg 1989, S. 69–83
- Stein, Vera: Abwesenheitswelten. Meine Wege durch die Psychiatrie. Tübingen 1993
- Thürmer-Rohr, Christina: Vagabundinnen. Feministische Essays. Berlin 1987
- Voss, Hannelore: Frauengerechte Diagnostik und Therapie. In: Hoffmann (Hg.), S. 205–207