

in: Thomas Bock, Dorothea Buck u.a. (Hg.): "Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie", Bonn: Psychiatrie-Verlag 1995, S. 183-187

Thilo von Trotha

Über die Unmöglichkeit, eine »Psychose« zu erfahren, oder, was mir nicht hilft, wenn ich verrückt werde

Die Idee zu diesem Symposium »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?« geht auf ein Kapitel aus dem von Kerstin KEMPKER und Peter LEHMANN herausgegebenen Buch »[Statt Psychiatrie](#)« zurück, in dem 17 Leute aus 9 verschiedenen europäischen und nordamerikanischen Staaten ihre persönlichen Psychiatrie-Erfahrungen schildern und aus bewusst subjektiver Perspektive beschreiben, was ihnen beim Umgang mit ihrer Verrücktheit geholfen hat.

Verrücktheit und Psychiatrie-Betroffenheit sind dabei keineswegs identisch; es gibt zahlreiche Menschen in psychiatrischen Instituten, die nicht aufgrund verrückter Erlebnisweisen dort sind, und umgekehrt gibt es viele, die intensive Erlebnisse von Verrücktheit haben und nie in der Psychiatrie landen.

Psychiatrische Einrichtungen sind in aller Regel sogar Orte, an denen Verrücktheit gerade nicht (mehr) anzutreffen ist und die aufgrund ihrer rigiden institutionellen Zwangsstruktur weniger Spielraum für ungewöhnliches Verhalten aufweisen als andere soziale Räume. Ein Freund von mir, der sich darum bemühte, mich aus der Anstalt herauszuholen, sagte mir immer: »Wenn du hier wieder 'rauskommen willst, musst du dich normaler als normal verhalten: sozusagen pathologisch normal!« Ich glaube, dass diese Beobachtung die bestehenden Verhältnisse sehr genau trifft.

Bitte bleiben Sie beim Lesen so nah wie möglich an ihren eigenen Erfahrungen und denken Sie nicht so sehr daran, wie mit dem nackten Mann auf der Straße, dem Schäuble-Attentäter oder einer verwirrten alten Frau verfahren werden sollte. Es geht darum, was Ihnen selbst hilft (oder helfen würde), wenn Sie verrückt werden, da es um Erfahrungen geht, die bei aller Fremdheit eine große, oft verkannte Nähe zu unser aller Alltag haben – eine Nähe, die sich unter vielem anderen auch darin ausdrückt, wie oft wir in schwierigen Situationen so etwas wie »Ich dreh' durch« oder »Ich werd' noch verrückt« denken oder ausrufen.

Über die Illusion eines freien Dialogs zwischen Betroffenen und Psychiatern

Bei vergleichbaren Veranstaltungen habe ich in den letzten Jahren immer wieder von meinen persönlichen Psychiatrie-Erfahrungen erzählt und sie als Grundlage für meine konkrete antipsychiatrische Argumentation verwendet. Trotz der überwiegend interessierten, wohlwollenden Reaktionen der Zuhörer – auch und gerade von psychiatrisch Tätigen –, beschlich mich hinterher ein schales Gefühl: Es war, als hätte ich mich irgendwie prostituiert, etwas Intimes ausgeplaudert und funktionalisiert, das nicht in einem öffentlichen, sondern höchstens in einem sehr persönlichen Rahmen angemessen aufgehoben wäre. Zwar konnte ich damit das Interesse des Publikums wecken, doch wurde die Aufmerksamkeit für das von mir vorgestellte Projekt von einem wie auch immer verschobenen, voyeuristischen Interesse an dem Umstand, dass sich da ein (»geheilte«) Irrer zur Schau stellt, überlagert und verdrängt. Außerdem stand dieses Vorgehen in krassstem Widerspruch zu meiner Überzeugung, dass es sich bei allen Formen von Verrücktheit um radikal individuelle Erscheinungen handelt. Daher wird die Authentizität und die Wirklichkeit solcher Erfahrungen genau in dem Maße verfehlt, wie es gelingt, den Schein ihrer allgemeinen und öffentlichen Vermittelbarkeit zu erzeugen. Schließlich wurde mir bewusst, dass sich ein sinnvoller Dialog erst auf einer Ebene entfalten kann, auf der es nicht nur keine negative, sondern auch keine positive Diskriminierung von Betroffenheit mehr gibt und auf der Leute, die in der Psychiatrie waren, nicht allein wegen des Bekenntnisses zu diesem biographischen Zufall auf Interesse stoßen und zu Fachveranstaltungen eingeladen werden, sondern wegen ihrer individuellen Kenntnisse und einer auch für andere produktiven Verarbeitung ihrer Konfrontation mit der Psychiatrie. Das bedeutet,

dass es nur zwei Möglichkeiten für Psychiatrie-Betroffene gibt, ihre Erfahrungen einem fairen Dialog mit Nicht-Betroffenen zugrunde zu legen: entweder in einer Fachdiskussion unter gleichberechtigten psychiatrischen und antipsychiatrischen »Experten« oder aber in rein privaten und vertrauensvollen Gesprächen, in denen man sich über Persönliches austauscht. Entweder werden sachliche Kontroversen zwischen Repräsentanten verschiedener sozialer und politischer Organisationen geführt oder freundschaftliche Gespräche unter Bekannten. Aber zwischen den Funktionären und den (ehemaligen) Insassen einer Institution ist ein freier und innovativer Dialog prinzipiell unmöglich.

Kein Richter käme auf die Idee, mit dem Angeklagten ein privates Gespräch zu führen; kein Priester würde in der Beichte den Gläubigen nach dessen persönlichen Problemen fragen; kein Gefängniswärter bietet sich dem Strafgefangenen als natürlicher Ansprechpartner für dessen innerste Nöte und Freuden an. Nur in der Psychiatrie gibt man sich der Illusion hin, die Gesetze institutioneller Kommunikation unterlaufen und gleichzeitig die gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie als Verwehr-, Ausgrenzungs- und (Wieder-)Eingliederungsinstanz für Verrückte erfüllen zu können. Diese Illusion erlaubt es Psychiatern, sich vorrangig als »Mitmenschen« zu definieren und dadurch ihre sozialen Kontrollaufgaben und Disziplinierungsleistungen in den Hintergrund zu drängen. Gefährlich ist das auf einer solchen Illusion beruhende psychiatrische Handeln aber deshalb, weil es die Betroffenen zusätzlich entmündigt. Denn die Psychiatrie kann sich durch diese permanente Grenzüberschreitung auch noch den inneren Bereich des Persönlichen, der dem institutionellen Zugriff ansonsten entzogen bliebe, einverleiben. Aus diesem Grund hat jede psychiatrische Einrichtung völlig unabhängig von den subjektiven Intentionen der in ihr Beschäftigten die Tendenz, einen totalitären Raum sozialer Kontrolle zu inszenieren.

Wenn der Betroffene von sich erzählt und die psychiatrisch Tätigen ihm bereitwillig zuhören, wird das alte psychiatrische Muster der Präsentation und Beurteilung eines »Falles« keineswegs gesprengt: Der eine hat was erlebt, und der andere weiß schon, was jener »eigentlich« erlebt hat. Der eine berichtet von sich, und der andere interpretiert diesen Bericht auf der Folie »wissenschaftlicher« Erkenntnisse, seiner sozialen »Verantwortung« für akut Betroffene und seines Auftrags, die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. Auch wenn der Betroffene sich ernster genommen fühlt als im Sprechzimmer oder auf der Station, und auch wenn der Psychiater sich selbst für fortschrittlicher, offener, verständnisvoller als seine konventionell vorgehenden Kollegen hält, bleiben all diese unbestreitbar gutgemeinten Bemühungen letztlich nur subtil verschleierte Neuauflagen der altbekannten psychiatrischen Objektivierung des verrückten Gegenübers zum medizinischen Ding.

Zu den Kunstworten Psychose und Psychose-Erfahrung

Symptomatisch für eine Verschiebung und Ausweitung des psychiatrischen Diskurses, die sich auch auf diesem Kongress über das Zulassen von »authentischem« Sprechen von Betroffenen vollziehen, ist das Wort »Psychose-Erfahrung«, – eine neue Sprachregelung, die in der Grauzone zwischen aufgeschlossener Sozialpsychiatrie und kooperationsbereiter Betroffenenbewegung für systematische Verwirrung sorgt. »Psychose« ist ein fachsprachliches Kunstwort, mit dem eine Fülle höchst heterogener Phänomene auf ganz bestimmte Weise aufbereitet werden kann, ein Instrument, mit dem aus einem schwer zu überblickenden Ausschnitt sozialer Wirklichkeit ein institutionell handhabbarer Gegenstand herausgeschnitten werden kann, eine Art psychiatrisches Skalpell, Motor einer Begriffsmaschine zur Produktion medizinischer Fiktionen. Eine Erfahrung ist dagegen etwas vollkommen anderes: Man erfährt keine »Psychose«, sondern man hat eine Vision oder panische Angst, wird vom CIA verfolgt, ist glücklich, weil man die Weltformel entdeckt hat, und todunglücklich, weil die andern plötzlich alle so hart und verändert sind, dass sie einen nicht mehr verstehen wollen. Zwischen »Psychose« und »Erfahrung« gibt es keinen denkbaren Berührungspunkt.

Denn »Psychose« ist ja gerade die objektivierende Außenbeschreibung eines scheinbar nicht mehr nachvollziehbaren Verhaltens, das sich subjektiv aus einer selbstverständlichen inneren Evidenz

entwickelt. So gesehen stellen die »Psychose-Erfahrenen« die große Mehrheit der Kongressteilnehmer: Psychiater und psychiatrisch Tätige. Denn nur sie machen in ihrem Alltag Erfahrungen mit jenem Skalpell, lernen, es zu benutzen, vertrauen auf seine Wirksamkeit und beobachten die Auswirkungen seiner Anwendung. Ich jedenfalls bin sicher kein »Psychose-Erfahrener«.

Einsperren – Lähmen – Verrücken

So könnten die drei Stufen, auf denen sich psychiatrische Behandlung vollzieht, überschrieben werden: Wer in der Psychiatrie landet, ist einem dreifachen, massiv ausgeübten Druck ausgesetzt: einem physischen durch Internierung, Ausgangsverbot, Isolierung, Fixierung und unter Umständen körperliche Gewalt durch das Anstaltspersonal; einem chemischen durch Neuroleptika; und einem sogenannten psychotherapeutischen durch Einzel- und Gruppengespräche. Diese drei Stufen bauen aufeinander auf und haben dasselbe Ziel: die Befreiung des Betroffenen von seiner Verrücktheit.

Von außen betrachtet ist die erste die problematischste und am ehesten zu kritisierende, während die zweite zwar noch Unbequemlichkeiten mit sich bringt, aber schon sehr viel menschlicher mit den »Kranken« verfährt. Die dritte schließlich stellt in dieser Sichtweise eine echte Chance dar und eröffnet die Möglichkeit, dass der »Kranke« selbst lernt mit seiner »Krankheit« umzugehen und sie in ein signifikant reduziertes Leben zu integrieren.

Umgekehrt die Sicht eines von dieser dreifachen Bearbeitung Betroffenen: Die körperliche Gewalt (Einsperren, Isolieren, Anschnallen) ist zwar in der Regel ungewohnt, entwürdigend und schmerzhaft, aber insofern erträglich, als sie eine Art von negativer, sinnlicher Erfahrung darstellt, die man in früher Erlebtes oder wenigstens Gehörtes oder Gesehenes einordnen kann. Physische Gewalt ist zwar fürchterlich, doch längst nicht das Schlimmste, was einem Menschen zustoßen kann. Die chemische Gewalt, die von Neuroleptika ausgeht, ist ungleich destruktiver, da sie extrem unheimliche und verängstigende körperliche Wirkungen hervorruft und die gewohnte Wahrnehmung und das innere Erleben des Betroffenen einschneidend verändert. Dabei wird die körperliche und seelische Selbstwahrnehmung auf einer Ebene angegriffen, auf der die unmittelbaren vegetativen, sinnlichen und kognitiven Grundfunktionen angesiedelt sind, in denen ein Mensch sich von Geburt an selbst begegnet und die den unter gewöhnlichen Bedingungen unberührbaren Kern seiner leiblichen und geistigen Identität ausmachen. Fremder als unter Neuroleptika-Einfluss wird man sich selbst in dem Horror-Trip, den »harte« Drogen verursachen können, kaum gegenüberstehen. Absolut verheerend wirkt sich aber erst die dritte Stufe aus, die stationäre, psychiatrische »Psychotherapie«, weil sie die Effekte der ersten beiden Stufen in das Selbstbild des Betroffenen eingraviert. An die Stelle unmittelbarer äußerer Gewalteinwirkung tritt eine chronifizierte Selbstvergewaltigung, deren gewalttätiger Charakter nach außen hin unsichtbar bleibt. Die physische Gewalt dient dazu, dem Betroffenen Neuroleptika solange zuzuführen, bis er sie »freiwillig« nimmt. Der chemische Angriff zerstört die Widerstands-, Kritik-, Denk-, Urteils- und Erlebnisfähigkeit von innen heraus und bereitet so eine psychotherapeutisch inszenierte Entfremdung vom Kern der eigenen Persönlichkeit vor. (In diesem Kontext sind ausschließlich solche »psychotherapeutischen« Beziehungen gemeint, bei denen der Therapeut als behandelnder Psychiater reale Macht über die konkrete Lebenssituation seines Klienten hat, bei denen es keine Freiwilligkeit gibt und bei denen das therapeutische Verhältnis nicht jederzeit ohne Nachteile von dem Klienten wieder beendet werden kann.)

Die letzte, psychische Ebene hat für Psychiater die sogenannte »compliance« zur Voraussetzung, die Kollaboration des Psychiatrisierten mit seinem Psychiater. Auf der Basis dieser »compliance« wird die »Krankheitseinsicht« des Betroffenen erzeugt. Wenn der Verrückte anfängt, selber zu glauben, dass er krank ist in einem medizinischen Sinn – was er zu Anfang nie tut –, gilt das dem Psychiater als erster Schritt zur Besserung im »psychotischen« Befinden. Dieser Augenblick bezeichnet exakt die Geburt des »psychisch Kranken« aus dem Geist der Psychiatrie. Der »psychisch Kranke« ist der Verrückte, der sich selbst mit dem irritierten, ablehnenden und erschrockenen Blick seiner Umwelt auf ihn sieht und die psychiatrische Diagnose zum Bestandteil

seiner Persönlichkeit macht. Gerade der vorgeblich geheilte oder gebesserte »psychisch Kranke« bleibt mit dieser so fortschrittlich, verständig und human wirkenden psychotherapeutischen Methode mitunter lebenslänglich im psychiatrischen Bann: Mit der Anerkennung der Diagnose und der Überzeugung, dass er von nun an zu sich selbst ein therapeutisches – und das heißt wesentlich entfremdetes – Verhältnis zu unterhalten habe, vollzieht er die Verwüstungen der psychiatrischen Unterdrückung, seiner innersten, wenngleich »verrückt« hervorbrechenden Bedürfnisse von sich aus zum zweiten Mal. Genau mit dieser systematischen Durchdringung und Beherrschung von Körper, Organismus und Psyche operiert auch die berüchtigte »Gehirnwäsche«, die deshalb ganz sachlich zur Illustration des psychiatrischen Vorgehens herangezogen werden kann.

Die »sanfte Psychiatrie«, die Sektorpsychiatrie, die psychotherapeutisch aufgerüstete Sozialpsychiatrie bemühen sich, die ersten beiden Stufen – das Einsperren und das Lähmen – soweit als irgend möglich zu reduzieren. Doch gelingt dies nur um den Preis, dass das Vorgehen auf der dritten Stufe – das Verrücken – immer raffinierter, effizienter, distanzloser und undurchschaubarer wird. Auf diesem Kongress wird die traditionelle Anstaltspsychiatrie zu Recht geschmäht. Doch bleibt die Frage offen, ob nicht die propagierten sozialpsychiatrischen Alternativen in letzter Instanz einen noch größeren, noch fundamentaleren Schaden anrichten.

Ich bin überzeugt, dass positive und sinnvolle Alternativen zum real existierenden psychiatrischen Umgang mit Verrücktheit erst vor diesem bewusst »destruktiven«, notwendigen polemischen Hintergrund entwickelt werden können. Sonst wird man nichts anderes hervorbringen als neue bunte Verkleidungen für die alte psychiatrische Entstellung, die noch von jeder der zahllosen Reformbestrebungen seit der Erfindung der Psychiatrie vor 200 Jahren mehr oder weniger offensichtlich reproduziert wurde.