

Autor_innen:
Susanne Ackers und Klaus Nuißl



Das andere Geschlecht in der Psychiatrie aus Erfahrenenperspektive

Zusammenfassung Klaus Nuißl aus unserer Redaktion tauscht sich mit Susanne Ackers aus. Das Gespräch dreht sich um Erfahrungen als Mann bzw. als Frau im psychiatrischen Versorgungssystem in Krisenzeiten. Beide greifen auf eigene Erlebnisse zurück, die bis in die Mitte der 1990er-Jahre reichen.

Susanne: Ich danke Dir für die Einladung zu dem Gespräch mit Dir und freue mich drauf, die Gender-Thematik zu beleuchten, Klaus. Als erste Frage fällt mir ein, ob Du Dich daran erinnerst, inwieweit das Geschlecht in der Klinik, zum Beispiel bei der Aufnahme-situation eine Rolle gespielt hat?

Klaus: Also, meine Erfahrungen von den Krankenhausaufenthalten mit den verschiedenen Geschlechtern waren unterschiedlich. Kränkungen gab es von beiden Geschlechtern, oft meine Dünnhäutigkeit betreffend, die nicht zu dem klassischen Männer-Rollenbild passt. Auch ich hatte mich damals wenig für meine gesunde Entwicklung eingesetzt, die eine stärkere Abkehr von diesem klassischen Rollenbild benötigt hätte. Deshalb fand ich es durchaus als bereichernd, wenn es auf den Stationen auch möglich war, durch weibliche und männliche Behandelnde diese Vorerfahrungen günstig zu beeinflussen. Ich fand es nicht negativ, weibliche Bezugstherapeutinnen zu haben oder auch eine weibliche ärztliche Therapeutin. Ich hatte eher das Gefühl, dass dadurch eine positive Orientierung an den beiden Seiten in mir möglich wurde, ich auch meine Sensibilität abseits von der klassischen Männerrolle entwickeln und pflegen konnte, was mir eher genutzt als geschadet hat. Gelitten hatte ich eher unter Pflegern, die sich darüber lustig machten, dass ich ausprobieren wollte, ob Qigong etwas für mich sein könnte. Wie war das bei Dir selbst?

Susanne: Ich habe diesbezüglich wenig bis gar keine Erinnerungen daran. Da ich 1998 in einer reinen Frauenstation untergebracht war, gab es dort, so meine ich mich zu erinnern, auch vorwiegend weibliche Pflegerinnen und Ärztinnen. Der Chef der Klinik in

Berlin war ein sehr freundlicher, älterer Herr (ganz klassisch in weißem Kittel), dem ich gerne während der Visiten begegnete. Aber wie war das bei Dir mit den Mit-KlientInnen oder auch mit Deinem sozialen Netzwerk?

Klaus: Ich glaube, dass es da keine großen Unterschiede zu anderen Gruppen und Netzwerken gibt. Höchstens, dass die Erfahrung mit Geschlechtern, die einen vorher geprägt hatten, auch in den Betroffenenengruppen wieder eine starke Rolle spielen. Aber das ist ja im Grunde auch bei jedem »Gesunden« der Fall. Ich habe zum Beispiel erlebt, dass diejenigen Abgrenzungserlebnisse und Ablösungsprozesse, die schmerzhaft und manchmal auf ein bestimmtes Geschlecht bezogen waren, in anderen Situationen in diesen Gruppen unter Betroffenen und Angehörigen wieder ans Licht kamen und eine Rolle spielten. Ich glaube, für viele Menschen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben – ich gehöre nicht dazu –, spielt da das Geschlecht schon eine viel wesentlichere Rolle und sollte schon vorsichtig mitgedacht werden. Und bei Dir?

Susanne: Ging und geht mir ganz ähnlich: Wie in jeder Gruppe gibt es meiner Erfahrung nach auch in Betroffenenengruppen diejenigen, die in ihrem Verhalten »typische« geschlechtliche Identität an den Tag legen und solche, die auf Augenhöhe und mit Wertschätzung kommunizieren. Aber die »grauen Mäuschen« und die »dominanten Alphamännchen« habe ich auch in beiden Geschlechtern erlebt. Ich glaube, da gibt es keine Unterschiede zu »normalen« Gruppendynamiken. Mit Angehörigen habe ich persönlich von keinen in diesem Zusammenhang nennenswerten Erfahrungen zu berichten.

Klaus: Jetzt habe ich mal eine Frage an Dich: Hast Du das Gefühl, dass in der Gesellschaft bestimmte Diagnosen eher mit einem Geschlecht assoziiert werden als andere? Dass Klischeevorstellungen vom alkoholabhängigen aggressiven Mann und von der unterwürfigen depressiven Frau vorherrschen?

Susanne: Das mit den Diagnosen finde ich persönlich sehr, sehr schwierig: Ich kenne viele Betroffene, die mehr als eine Diagnose haben und damit sehr unglücklich sind. Ich glaube, dass die Medien da sehr viel Falsches vermitteln. Siehe der offensichtlich in einer Krise steckende Mann am Brunnen am Alexanderplatz vor ein paar Jahren, der ein Messer zog und dann sofort von der Polizei erschossen wurde. Es scheint so einfach, Menschen mit Diagnosen zu »belegen« und dann daraus ein Verhalten abzuleiten. Das ist nicht ganz so einfach, glaube ich. Mehr fällt mir dazu gerade nicht ein. Wie kommst Du auf die Frage?

Klaus: Also, mein erster Gedanke dazu ist, dass die Borderline-/Emotional instabile Persönlichkeit-Diagnose glaube ich öfter an Frauen vergeben wird und es Thesen gibt, dass Männer, die eigentlich auch dieses Krankheitsbild haben, häufiger im Gefängnis sitzen, anstatt in der Psychiatrie. Also, dass die gesellschaftliche Rolle, die vermutlich Männern hier leichter zugeschrieben wird, also z.B. Aggression/Gewalttätigkeit, eher dazu führt, nicht auf eine Erkrankung zu kommen und strafrechtlich die Aggressionen zu ahnden. Aber es könnte schon sein, dass Männer eher als gewalttätig eingeschätzt werden und es auch leicht aufgrund solcher Stereotype zu Überreaktionen kommt. Ich finde es auch ganz interessant im Hinterkopf zu haben, dass auch von

Frauen in manchen Beziehungen Gewalt ausgeht, die Dunkelziffer ist da, glaube ich, auch gar nicht so klein. Nur, dass wieder aufgrund von Rollenbildern Männer eher fürchten, ausgelacht und verachtet zu werden, wenn sie das erzählen und deshalb keine Hilfe suchen. Auch wenn die allermeiste der häuslichen Gewalt sicherlich von Männern ausgeht.

Das bringt mich auf die Frage an Dich, ob Du findest, dass es in der Psychiatrie (stationär wie ambulant) mehr Sensibilität für Geschlechteridentitäten geben sollte. Und ob es mehr geschlechtsspezifische Angebote (z.B. Männer- und Frauenstationen) geben sollte?

Susanne: Meine ersten und bisher einzigen zwei Klinikerfahrungen fanden im Jahr 1998 statt. An Ostern 1998 wurde ich – damals 35-jährig – von einem Kollegen in Schweden in die Aufnahme der dortigen psychiatrischen Abteilung des lokalen Krankenhauses begleitet. Ich war stark psychotisch, fühlte mich als Doppelspionin und hatte mich komplett in mich zurückgezogen, weil ich glaubte, ich würde alle Menschen, mit denen ich Kontakt hatte, gefährden und in meine komplexe Geschichte hineinziehen. Der Kollege hatte mir nur gesagt, er könne mir helfen. Das wob ich in meine paranoiden Welterklärungs ideen ein und ging bereitwillig mit ihm. Das war am Gründonnerstag. Ich erinnere mich an ein Gespräch in englischer Sprache mit mehreren Personen in einem kleinen, überfüllten Bürozimmer. Im Anschluss wurde ich dann in der obersten Etage in die psychiatrische Abteilung in ein Zweibettzimmer gebracht, in dem ich aber alleine war. Es war eine gemischte Abteilung: In der Mitte gab es einen großen Raum mit den Essplätzen und einem großen Fernseher, der ständig lief und Sitzmöglichkeiten davor. Von diesem großen »Treffpunkt« gingen dann die beiden Korridore mit den Zimmern ab: einer für die Frauen und einer für die Männer. Ich erinnere mich weiter an einen jungen Mann, zu dem ich Vertrauen hatte. Ich glaubte, er sei ein Medium, durch welches ich »Kontakt« hätte zu einem Freund, in den ich unglücklich verliebt war. Es gab im »Frauenkorridor« auch noch eine Ecke mit Sofas und einem weiteren Fernseher. Dort saßen wir abends zusammen und tauschten heimlich Zärtlichkeiten aus. Ab und zu kam eine Krankenschwester, die fragte, ob alles in Ordnung sei, was wir bejahten, ohne unser »Geheim-

nis« zu »verraten«. Am Ostersonntag fand mich meine Familie, die mich in den Tagen zuvor nicht mehr erreichen konnte und sich Sorgen machte. Ich wurde am Ostermontag von meiner Familie abgeholt. Einen Abschied von dem jungen Mann gab es, glaube ich, nicht. Ich fand aber auf der Fahrt zurück nach Deutschland noch einige Wick-Zitronenbonbons in meiner Tasche und dachte öfter an ihn. Einige Wochen später, zurück an meinem Wohnort Berlin, brachten mich gute Freunde in eine Klinik in Berlin: Dort gab es getrennte Stationen. Ich empfand dies als sehr entspannend – entspannender als in Schweden die gemischte Station. Die »Liebeswahn«-Thematik stand nicht mehr im Vordergrund meines Erlebens. Das Wohnen mit Frauen erlebte ich als weniger aufregend und es gelang mir, zur Ruhe zu kommen. Während meines EX-IN-Praktikums im Jahr 2013 im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin-Mitte erlebte ich dann wieder eine gemischte Station und fühlte mich stark erinnert an mein Erleben in Schweden, als ich eine junge Frau und einen jungen Mann, die beide KlientInnen auf der Station und sehr ineinander verliebt waren. Was hast Du für Erfahrungen in dieser Hinsicht gemacht?

Klaus: Ich war nach meinem ersten Aufenthalt 1999 noch mehrere Male in der Klinik. 1999 war ich zuerst auf einer reinen Männerstation untergebracht. Dies war mir zu dem Zeitpunkt und auch später jedoch kaum bewusst. Ich hatte das Gefühl, es spiele einfach keine große Rolle. Nach der beschützten Station war ich 1999 aber auch auf einer offenen Station Patient, dort erlebte ich es schon als schwieriger. Eine Mitpatientin hatte Interesse an mir, auch weil sie, glaube ich, jede Gelegenheit nutzen wollte, um aus ihrem Zustand herauszukommen. Da ich mich aufgrund meiner Dünnhäutigkeit und meines noch etwas geschwächten Ich-Erlebens nur schwer abgrenzen konnte, empfand ich die Situation durchaus als belastend. Nur durch die Hilfe meiner behandelnden Stationsärztin konnte ich das einigermaßen gut bewältigen. Bei meinen späteren Klinikaufenthalten ab 2007 war ich nur noch auf gemischten Stationen untergebracht, ich empfand es durchaus oft als eine Bereicherung. So fand ich das Stationsmiteinander lebendiger und interessanter. Allerdings, auch wenn ich nicht im Liebeswahn Kontakt zu Frauen knüpfte, eine wirklich tragfähige Beziehung ist dennoch nie aus einer Begegnung und Anziehung geworden, als von Anfang an zu

belastet erscheinen mir die Kontakte rückblickend. Meist wollte sie oder ich die Situation nur ändern, ähnlich wie Menschen aufgrund von Depressionen im Supermarkt ein anderes Kaufverhalten haben können, da die Veränderung der Situation eine kurzfristige Besserung der Stimmung bewirken kann. Als kränkend empfand ich auf den Stationen bisweilen die Kontakte zu den Behandelnden, die eher wenig auf die Geschlechteridentität und die besonderen Bedürfnisse eingingen. So hatte ich das Gefühl, dass belastende Vorerfahrungen aus vorangegangenen Beziehungsmustern, aber auch aus meiner Rolle in der Familie öfter nicht ausreichend gesehen wurden oder auch erfragt wurden. Die sowieso ständig spürbare Hierarchie in der Psychiatrie verstärkte so manche Demütigung dadurch noch mehr. Ich weiß aber nicht, ob auf einer reinen Männerstation nicht eine noch stärkere Hierarchie gelebt worden wäre. Die wäre dann zwar nicht wegen des Geschlechts problematisch geworden, aber dennoch sicherlich keine angenehme Erfahrung gewesen.

Aber mir fällt zu diesem Thema noch die Begebenheit ein, die mir eine Betroffene berichtete: Auf einer beschützten Station habe sie in ihrer Psychose geglaubt, Männern »zur Verfügung« stehen zu müssen. Das hat zu einem sexuellen Übergriff eines älteren Mitpatienten geführt, der vom Personal nicht bemerkt wurde. Dieses Erlebnis hat sie im Nachhinein sehr mitgenommen. Das ist natürlich alles andere als ein Vorteil einer gemischten Station und ein sehr trauriger Aspekt.

Echt spannend, das alles noch mal unter diesem Aspekt Revue passieren zu lassen. Ich danke Dir für Deine Offenheit und Bereitschaft zu diesem Interview, Susanne.

Die Autorin, der Autor

Susanne Ackers

Dr. phil., EX-IN-Genesungsbegleiterin beim FID Spandau; EX-IN-Dozentin; Vorstandsmitglied bei »exPEERienced – erfahren mit seelischen Krisen« e. V. in Berlin

Klaus Nuißl

Dipl.-Psych., EX-IN-Genesungsbegleiter am Bezirksklinikum Regensburg in der Psychiatrischen Institutsambulanz und Ansprechpartner beim Bezirk Oberpfalz zum Thema EX-IN; Vorstandsmitglied bei »Irren ist menschlich« e. V. Regensburg