

»Wenn man den Boden unter den Füßen nicht mehr spürt« | Körperlichkeit in der Herstellung psychischer In/Stabilität | Martina Klausner

In diesem Text gehe ich der Frage nach, welche Rolle Körperlichkeit im Erleben psychischer Erkrankung spielt und wie Körper an der (Wieder-)Herstellung psychischer In/Stabilität partizipieren. Damit ziele ich darauf ab, das komplexe Ineinandergreifen von Körper und Psyche im praktischen Vollzug sichtbar zu machen. Das Interesse an der körperlichen Dimension im Erleben und Erarbeiten psychischer Stabilität geht zurück auf meine Feldforschung im psychiatrischen Versorgungssystem in Berlin, in deren Rahmen ich auch intensiven Kontakt zu Betroffenen während und nach ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus hielt.¹ Die Beschreibungen und Erklärungen der Betroffenen, die in diesem Text im Zentrum stehen, verdeutlichen, dass in ihren Alltagsleben die in der Moderne entstandene Trennung² zwischen Körper und Geist, Soma und Psyche obsolet ist, beides ist in ihrem Erleben untrennbar verbunden. Die Betroffenen müssen sich mit ihren Körpern auseinandersetzen: Sie haben keine unproblematischen oder gar »abwesenden Körper«, wie Drew Leder (1990) den im Alltag als selbstverständlich vorausgesetzten Körper bezeichnet.

In meiner Diskussion des Materials beziehe ich mich auf Arbeiten, die sich an der Schnittstelle von Disability Studies und Science and Technology Studies ansiedeln, und die Behinderung weder allein als medizinisches Faktum noch ausschließlich als Folge gesellschaftlicher Strukturen verstehen, sondern als das Ergebnis heterogener, situierter Praktiken beschreiben (Blume u.a 2014). Dieser Ansatz erscheint mir in der Diskussion psychischer In/Stabilitäten produktiv, weil er den Blick auf die Alltagspraktiken und die vielfältigen Situationen lenkt, in denen psychische Stabilität im »Bündnis« (Schillmeier 2007) von Betroffenen und medizinisch-psychiatrischen Expert_innen, Psychopharmaka und medikamentierten Körpern, Versorgungsinfrastrukturen wie auch Freund_innen und Familie immer wieder hergestellt wird. Mit diesem Fokus auf praktische Herstellungsprozesse lässt sich zeigen, dass Erfahrungen von psychischer In/Stabilität nicht primär als individuell subjektives Erleben, sondern in ihrer Einbettung in komplexe soziomaterielle Netzwerke zu analysieren sind.

Dabei zeigte sich in meiner Forschung im klinischen Behandlungsalltag wie auch in den poststationären Alltagsleben Geschlecht vergleichsweise selten als zentrale relevante Kategorie im Erleben und Bearbeiten psychischer Instabilität.

Auch wenn ich möglicherweise riskiere die scheinbare Indifferenz gegenüber gender in psychiatrischen Behandlungspraktiken zu reproduzieren, plädiere ich dafür dieses »Vergessen des Geschlechts« (Hirschauer 2001) zuallererst als empirischen Befund ernst zu nehmen. Am Ende meines Textes werde ich diese Frage nach der sonderbaren Abwesenheit der Geschlechterdifferenz in der Herstellung psychischer In/Stabilität aufgreifen und andeuten, wie hier weitere Analysen ansetzen können.

Die folgenden Beschreibungen konzentrieren sich auf die Lebenssituation von zwei Menschen, die ich während ihrer stationären Behandlung kennenlernte und zu denen ich auch nach ihrer Entlassung Kontakt hatte: Angelika Siebert und Stefan Busian.³ Beide lebten bereits seit vielen Jahren mit der Diagnose »paranoide Schizophrenie«; beide hatten vielfältige Erfahrungen mit den Institutionen des Versorgungssystems und wurden bereits mit verschiedenen Psychopharmaka-Präparaten behandelt.

Wenn man den Boden unter den Füßen nicht mehr spürt

Als ich Angelika Siebert auf einer psychiatrischen Station in einem Berliner Bezirkskrankenhaus kennenlernte, war sie dort bereits seit einem halben Jahr in stationärer Behandlung. Angelika Siebert war Mitte vierzig, lebte seit etwa zwanzig Jahren mit der Diagnose »paranoide Schizophrenie« und litt seit Jahren an Angstzuständen und verschiedenen Phobien, die schließlich soweit führten, dass sie ihr Zimmer in einem Pflegeheim für psychisch Kranke kaum noch verlassen hatte. Ein Freund, den sie seit vielen Jahren kennt, hatte schließlich beschlossen, dass es so nicht mehr weiterginge, und sie – mit ihrem Einverständnis – in die Klinik gebracht. Dort wurde schrittweise die Dosis der Medikation, ein Antipsychotikum, reduziert, um ihr wieder mehr Aktivität zu ermöglichen.⁴ Neben der Reduktion der Medikation war ein Trainingsprogramm zentraler Bestandteil der Therapie, im Rahmen dessen Angelika Siebert wieder kontinuierlich ihren Bewegungsradius erweitern sollte. In der Klinik hatte ich Angelika Siebert häufig auf ihren Trainingsrunden begleitet. Anfangs galt das therapeutische Ziel, innerhalb des Klinikgeländes immer weitere Runden zu drehen; später wurde ihr Radius über das Klinikgelände hinaus erweitert. Auch in die Werkräume der Ergotherapie im zweiten Stock der Klinik zu gelangen, war für sie eine große Herausforderung, verspürte sie doch im Treppenhaus immer wieder das, was sie als Sog bezeichnete: den übermächtigen Drang, sich die Treppen hinunter oder aus dem Fenster zu stürzen. Panikattacken und/oder ein plötzlicher Sog führten gleichermaßen dazu, dass sie ihre Runden abbrechen musste. Sie könne dann einfach keinen Schritt mehr tun, weil sie – wie sie mir bei einem unserer Spaziergänge erklärte – den Boden dann nicht mehr spüre, so als wären ihre Fußsohlen aus Watte, und sie keinen Halt mehr hätte.

Den Boden unter den Füßen zu verlieren, war für Angelika Siebert dabei keine rein metaphorische Umschreibung einer emotionalen Haltlosigkeit. In ihren Angstzuständen spürte sie den Boden tatsächlich nicht mehr. Auf ihren Runden achtete sie sorgsam darauf, wie sich ihr Körper anfühlte, wie weit sie sich von der Station beziehungsweise von dem Heim entfernen konnte, wie viele Treppen nach oben steigen, bevor sich ihr Körper verweigerte. Sich nicht mit ihrem Körper auseinanderzusetzen, war dabei keine Option. Der Körper weigerte sich gewissermaßen, in den Hintergrund zu treten und als implizites Körperwissen unproblematisch in Alltagssituationen zur Verfügung zu stehen. Er ließ sich nicht vergessen, sondern erforderte immer wieder Beachtung und damit explizites, reflektiertes Körperwissen.

Auch nach ihrer Entlassung und Rückkehr in das Wohnheim trainierte Angelika Siebert weiter und eroberte sich Schritt für Schritt mehr Bewegungsfreiraum. Mittlerweile sei auch das Fremdheitsgefühl nicht mehr so stark, wie sie mir bei einem Gespräch erzählte. Der Sog sei mittlerweile ebenfalls fast vollständig weg, dank des regelmäßigen Treppenhaustrainings, das sie mit der Ergotherapeutin im Heim mache. Die würde sie immer fordern und motivieren, aber sie mit ihren Ängsten auch ernst nehmen, das sei wichtig.

»Manchmal im Treppenhaus, ja, da gibt's manchmal Momente; aber dann weiß ich, im Haus, da bin ich sicher, da gibt's Medikamente, da gibt's Leute, die sind da. Es gibt schon Momente, wo ich das nicht kann. Das ist so eine Haltlosigkeit, so eine Unsicherheit, aber in den zweiten Stock geh ich immer. Und wenn Sachen ein bisschen zu anstrengend waren, dann hol ich mir dann Bedarf; das entspannt mich dann wieder.«

Aus Sicht von Angelika Siebert waren es verschiedene Aspekte, die ihr halfen, mit ihren Ängsten umzugehen und sich wieder psychische Stabilität zu erarbeiten. Zum einen Menschen, denen sie vertraute, die sie ernst nahmen, oder einfach die sozialen Kontakte mit ihren Mitbewohner_innen im Heim. Zum anderen die Medikamente, die sie einnahm: die festangesetzten Antipsychotika sowie die erwähnte Bedarfsmedikation, die zusätzlich genommen werden kann, um in akuten Situationen eine Entspannung herbeizuführen. So wie sich in ihren Beschreibungen der Angstzustände eine körperliche Unsicherheit mit einer psychischen Unsicherheit vermischte – den Boden unter den Füßen zu verlieren, meinte ein für sie reales Körperempfinden und zugleich eine emotionale Hilflosigkeit –, war es in der Bekämpfung dieser Ängste ebenfalls beides: Medikamente und Menschen, die ihr wieder Sicherheit verschafften. In Angelika Sieberts Beschreibungen wurde deutlich, dass an der Herstellung psychischer Stabilität verschiedene Akteure, menschliche wie nicht-menschliche, zusammenarbeiten müssen: die Therapeutin, die mit ihr regelmäßig trainierte und sie in ihren Ängsten ernst nahm; die anderen sozialen Kontakte im Haus, die ihr emotionalen

Halt gaben; die Medikamente, die ihre Symptome unterdrückten beziehungsweise ihre Anspannung reduzierten. Schillmeier bezeichnet diese Zusammenarbeit in Anlehnung an Deleuze und Guattari als Bündnisse (Schillmeier 2007, 91), die die verschiedenen Beteiligten eingehen. Die Erarbeitung psychischer Stabilität ist damit kein individuelles »innerliches« Phänomen, sondern wird im Zusammenspiel unterschiedlicher »Partizipanden« (Hirschauer 2004) in Praxis hervorgebracht. Dieses Bündnis von assistierenden menschlichen Akteur_innen und Medikamenten ist vor allem auch räumlich situiert. So produzieren das Klinikgelände, das Wohnzimmer oder das Treppenhaus unterschiedliche Herausforderungen in der Herstellung von psychischer Stabilität. Wie hoch, weitläufig, eingegrenzt, offen, geschützt etc. ein Ort ist, ruft unterschiedliche Konsequenzen für das körperliche Erleben hervor und vor allem auch unterschiedliche Notwendigkeiten in der Bearbeitung des Körpers.

Die Situirtheit des Bündnisses bedeutet zudem die Einbettung in unterschiedliche Sorge-Logiken (Mol 2008). Wie Körper in der Herstellung von psychischer Stabilität bearbeitet werden – vor allem wie Medikamente eingesetzt werden (zu welcher Tageszeit, in welcher Dosis, mit welcher Funktion) und welche weiteren therapeutischen Interventionen als legitim gelten –, unterscheidet sich in den verschiedenen Einrichtungen wie Klinik oder Pflegeheim. Dies zeigt sich im Vergleich zu Angelika Sieberts Alltag vor ihrer letzten stationären Behandlung, als das fragile Gleichgewicht von sozialer Aktivität und Medikation völlig aus den Fugen geraten war, wie sie mir erzählte. Bevor sie in die Klinik kam, habe sie ihre Medikation in einer höheren Dosis schon um fünf Uhr abends genommen und damit ihren Tag beendet. Nach der Einnahme der Medikation werde man schnell sehr schläfrig und sei zu kaum noch etwas in der Lage, erläuterte sie mir. Es sei für sie einfach unerträglich in dem Heim gewesen, sie hätte eigentlich nur noch in ihrem Zimmer vor sich hin vegetiert, sei nicht mehr vor die Tür gegangen. Erst im Krankenhaus habe sie wieder gelernt, wie sie ein Gleichgewicht an medikamentöser Intervention und Aktivität selbst herstellt. Wie sie es einmal formulierte: »Du musst dich ja nicht immer betäuben, du kannst dich ja auch beschäftigen.« Seit sie wieder zurück im Wohnheim sei, habe sie an sich selbst wieder ganz andere Ansprüche. Hatte sie vor ihrem letzten Klinikaufenthalt ein Zuviel an Medikamenten und ein Zuwenig an sozialen Kontakten gehabt, versuchte sie nun hartnäckig beides für sich in Balance zu halten.

Auf die spezifische therapeutische Logik in der Klinik, die Angelika Sieberts Beschreibungen andeuten, kann ich an dieser Stelle nicht ausführlich eingehen. Nur so viel: Im sozialpsychiatrischen Verständnis dieser Klinik soll der Patient gerade als Kooperationspartner im therapeutischen Prozess adressiert werden, dessen aktive Teilhabe als wichtige Grundvoraussetzung für den Genesungsprozess gilt. Sich in erster Linie auf die Wirkung der Medikamente zu verlassen und diese als ausschlaggebende therapeutische Akteurinnen zu verstehen, ist in dieser Logik keine Option. Medikamente gelten vielmehr als ermöglichend

für die eigentliche Therapie, wie beispielsweise das Trainingsprogramm, das Angelika Siebert absolvierte. Im Zentrum der Therapie steht die Bearbeitung von krankheitsbedingten Problemen im Alltag. Ziel ist ein sorgfältiges Management der pharmakotherapeutischen Wirkungen und der Aktivierung der Patient_innen. Angelika Siebert hatte es ja selbst so hervorgehoben: In der Klinik habe sie gelernt, wieder Ansprüche an sich zu haben. Dort wurde sie als aktive, sich selbst managende Akteurin adressiert.

Wie Körperlichkeit an der (Wieder-)Herstellung von psychischer In/Stabilität partizipiert – wie der Körper (pharmakotherapeutisch) bearbeitet und erlebt wird –, ist also nicht beliebig, sondern folgt einer spezifischen therapeutischen Logik. Der Körper muss in diesem Verständnis aktiv von den Patient_innen gemanagt werden, damit psychische Stabilität gelingt. Diese positive Betonung der aktiven Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses auf Seiten der Betroffenen kommt jedoch an ihre Grenzen, wenn Patient_innen sich auf eigenwillige Art und Weise und entgegen der therapeutischen Ratschläge einbringen. Um dieses »eigenwillige Herumdoktern« geht es im Folgenden.

Eigenwilliges Herumdoktern

Stefan Busian lernte ich ebenfalls während meiner Feldforschung auf einer psychiatrischen Station eines Berliner Bezirkskrankenhauses kennen. In der Klinik zog er sich stark zurück und verbrachte viel Zeit im Bett. Mir erzählte er, sein Kopf wäre zugleich völlig leer und zu voll. Er komme einfach nicht mehr klar, er könne sich »überhaupt nicht spüren«, alles sei durcheinander und er fühle sich »irreal«. Nach einigen Wochen Behandlung auf der Station legte man ihm nahe, ein Antidepressivum einzunehmen. Zuerst lehnte er es vehement ab, er wollte neben dem Antipsychotikum nicht noch ein weiteres Medikament schlucken. Nach einiger »hartnäckiger Motivation«, wie es seine Ärztin nannte, stimmte er einer Behandlung mit einem Antidepressivum schließlich zu. Einige Wochen nach seiner Entlassung besuchte ich ihn in seiner Wohnung. Im Gespräch kamen wir auf die Gründe für seinen letzten Rückfall zu sprechen. Er erzählte:

»Da hab ich die Neuroleptika-Dosis ein bisschen reduziert. Von 550 mg auf 400 mg runter, ich weiß nicht, ob das eine Rolle gespielt hat. Da bin ich mir nicht so sicher, aber das kann schon möglich sein, dass das einfach zu schnell war. Denkbar. Und ohne den Arzt zu fragen, weiß ich noch. In der Zeit hab ich ein paar Freunde verloren, war ich ein bisschen traurig drüber. In der manischen Phase davor hab ich die zu sehr geärgert. (...) Ich hab mich dann viel im Bett verkrochen, tagsüber, die Zeit verlegen, bin sehr inaktiv gewesen, initiativlos.«

Während des Gesprächs griff er nach seinen Medikamenten und erklärte mir genau, was welches Medikament sei und wie viel er davon nehme. In seiner Erzählung wurde ähnlich wie bei Angelika Siebert deutlich, dass an der Herstellung psychischer In/Stabilität unterschiedliche Akteure partizipieren. Stefan Busian erwähnte Freunde, die weggeblieben sind, den Psychiater, der die Medikamentendosis erhöhte, aber auch Medikamente, die weggelassen wurden. Vor allem zeigte sich die Herstellung von psychischer In/Stabilität als kontinuierlicher und fragiler Prozess. Ich hatte Stefan Busian in sehr unterschiedlichen in/stabilen Phasen erlebt. Im Gegensatz zu seinem Rückzug in der Klinik zeigt er sich bei unseren Treffen bei ihm zuhause als aktiver Gestalter seines eigenen Alltags. Dies betraf gerade auch den Umgang mit seiner Medikation. Anders als Angelika Siebert, die die Dosierung der Medikamente den Ärzt_innen überließ, griff Stefan Busian aktiv in das Management von Nebenwirkungen und erwünschten Wirkungen ein. Allerdings mündete sein »eigenwilliges Herumdoktern« mit den Medikamenten jedes Mal in einen Krankenhaus-Aufenthalt, wie er mir erzählte. So durchschnittlich alle drei Jahre habe er dadurch einen Schub bekommen. Als ich nachfragte, warum er die Medikation trotz dieser Erfahrung reduziert habe, meinte er, er wäre halt nicht einverstanden gewesen, die ein Leben lang nehmen zu müssen.

»Und der Arzt hat nie Anstalten gemacht irgendwas mal zu reduzieren und ist davon ausgegangen, dass man das für immer einnehmen muss; und damit war ich nicht einverstanden und hab das dann mal radikal weggelassen, obwohl das ein Fehler ist, weil der Körper das nicht so verträgt.«

Er erklärte mir, dass die Medikamente eben nicht nur gute Seiten haben, sie würden auch ein Stück weit täglich lebensverkürzend wirken. Nebenwirkungen habe er mit der aktuellen Medikation eher weniger, da könne er jetzt nicht sagen, dass er etwas merke. »Keine Unruhe, Sitz-Unruhe, Missgefühle oder so, das kenne ich alles, aber nicht davon.« Er erzählte von früheren Erfahrungen mit anderen Medikamenten: »Nicht mehr menschlich« habe er sich zeitweise gefühlt, sondern »wie ein gequältes Tier, eine gequälte Kreatur«. Diese Beschreibungen verdeutlichen noch einmal, wie drastisch die Wirkungen der Medikamente das eigene Körperempfinden beeinflussen können. Nicht nur das Erleben von psychischer Instabilität, wie es beispielsweise Angelika Siebert mit dem Sog oder ihrer Haltlosigkeit beschrieben hatte, sondern auch psychische Stabilität, hergestellt unter anderem durch die Einnahme von Psychopharmaka, wird von den Betroffenen durchaus auch körperlich erlebt. Und dies mitunter in höchst problematischer Weise. Stefan Busian nahm für sich in Anspruch, dann und wann entscheiden zu können, inwiefern er sich mit den Nebenwirkungen der Medikamente weiterhin abfindet oder ob er in dieses vom Arzt verordnete Körpermanagement eigenwillig eingreift.

Doch selbst wenn er in diesem Gespräch vor allem die negativen Seiten der Medikamente betonte, bedeutete dies nicht, dass er Psychopharmaka grundsätzlich ablehnt. Er hatte sie in der Küche griffbereit liegen und in seinen Erzählungen wurde deutlich, dass er die Medikamente über längere Phasen freiwillig eingenommen hatte und auch zum Zeitpunkt des Interviews einnahm. Stefan Busian hatte sich ein breites Wissen über die verschiedenen Medikamente, ihre Wirkungen wie Nebenwirkungen angeeignet. Es ging ihm nicht um ein Ablehnen, sondern um ein persönliches Abwägen, wann möglicherweise »die schlechte Seite« der Medikation überwog und er diese reduzierte oder radikal absetzte. Diese Art des aktiven Eingreifens auf Seiten Stefan Busians wurde von den Professionellen als problematisch wahrgenommen, mündete sein »eigenwilliges Herumdoktern«, wie er selbst auch erzählte, doch regelmäßig in einem Rückfall und damit in klinischer Behandlung. Während aus Sicht der Professionellen Stefan Busians aktives Selbst-Management als Therapie-Untreue verstanden und als deviant markiert wurde, erschien aus Stefan Busians Sicht psychische Stabilität um jeden Preis als problematisch. Vielmehr nahm er aufgrund seines körperlichen Erlebens psychische Instabilität regelmäßig in Kauf.

In/Stabile Bündnisse

Was in den Erzählungen zuallererst deutlich wird, ist die Unmöglichkeit sich als psychisch kranker Mensch nicht mit dem eigenen Körper auseinanderzusetzen. Sei es, um mit den eigenen körperlichen Grenzen umzugehen und sensibel für mögliche Anzeichen für einen Rückfall zu sein, oder sei es der Umgang mit den Medikamenten und den mehr oder weniger schweren Nebenwirkungen, die sich hieraus ergeben. Auf unterschiedliche Weise thematisieren Angelika Siebert und Stefan Busian, wie sie lernen mussten, sich und ihren Körper immer wieder einzuschätzen und Umgangsweisen mit ihm zu entwickeln. Die Betroffenen sind dabei keine passiven Empfänger_innen, sondern durchaus aktive und reflexive Nutzer_innen psychiatrischer Expertise. Allerdings zeigt sich die Aufrechterhaltung von psychischer Stabilität in den beiden Erzählungen in unterschiedlicher Weise. Im Beispiel von Angelika Siebert erweist sich psychische Stabilität als (hart erarbeitetes) Ergebnis einer Praxis, an der sowohl Menschen als auch Medikamente partizipieren: Nicht durch Medikamente an sich oder das Training mit der Therapeutin, sondern durch das spezifische Bündnis, das die verschiedenen menschlichen wie nicht-menschlichen Akteure eingehen, wird psychische Stabilität hergestellt. Dabei ermöglicht beziehungsweise favorisiert das therapeutische Regime des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems bestimmte Arrangements in der (Wieder-) Herstellung und Aufrechterhaltung psychischer Stabilität, allerdings mit unterschiedlichen Konsequenzen für das Erleben und Bearbeiten des eigenen Körpers, wie die beiden Geschichten

zeigen. Anders als Angelika Siebert, die ihre Medikation niemals absetzen würde, möchte sich Stefan Busian mit der dauerhaften Medikation nicht abfinden. Selbst wenn er keine stark beeinträchtigenden Nebenwirkungen verspürt, betont er die langfristigen Auswirkungen, die die Medikamente auf seinen Körper haben.

Der Fokus auf die Herstellungsprozesse von psychischer Stabilität ermöglicht zudem, die scheinbar selbstverständliche Vorstellung psychischer Gesundheit als quasi natürlichen stabilen Zustand zu problematisieren. Die Analyse von psychischer Stabilität als kontinuierlich in Praxis hervorgebracht, wie sie in diesem Artikel im Vordergrund steht, hinterfragt diese Selbstverständlichkeit und problematisiert Stabilität als ein spezifisches gesundheitspolitisches und medizinisches Konzept von (psychischer) Gesundheit, welches das aktive Selbstmanagement der Betroffenen und ein hohes Maß an Compliance, also Therapietreue, voraussetzt und zur gesundheitsfördernden Norm erklärt. Insbesondere der Umgang mit dem medikamentierten Körper wird in diesem therapeutischen Programm zu einer Art Risikomanagement, in das sich die Betroffenen aktiv einbringen sollen. Die beiden Beispiele von Angelika Siebert und Stefan Busian betonen insbesondere die vielfältigen Effekte dieses Risikomanagements auf das Erleben der Betroffenen und problematisieren dabei die mögliche Gestaltbarkeit der Bündnisse.

Nachtrag: Körper statt Geschlecht?

Wie eingangs erwähnt, ist Geschlecht als relevante Differenzkategorie in diesen Stabilisierungsprozessen auffallend abwesend. Dies passt zu ähnlichen Befunden in den Disability Studies, die konstatieren, dass mit der »Masterkategorie Behinderung« (Windisch 2014, 191) andere Differenzkategorien wie Geschlecht oftmals überlagert werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass im Behandlungsalltag und in den poststationären Sorge-Logiken Geschlecht nicht situativ mobilisiert wird. Beispielsweise thematisierten die Ärzt_innen im Falle von Angelika Siebert deren Tendenz einer »Überanpassung« an das therapeutische Regime und kommentierten dies als »mädchenhaftes Verhalten«. Dies verweist auf eine Mobilisierung von vergeschlechtlichten Maßstäben in der Bewertung von »gesundem« vs. »pathologischem Verhalten«. Ein angemessenes Selbst-Management wird in diesem Sinne auch daran gemessen, wie »Mann« oder »Frau« sich »normalerweise« zu verhalten habe. Allerdings lässt sich in meinem empirischen Material kein durchgängiges und eindeutiges Muster von typischen Geschlechtszuschreibungen herausarbeiten. Wie in welchen Situationen zu welchem Zweck Geschlecht als Zuschreibung aufgerufen und wirksam wurde, war divers, stellenweise geradezu widersprüchlich und müsste in Rahmen einer ausführlicheren Analyse vielfältiger Interdependenzen sorgsam

herausgearbeitet werden. Entscheidender erscheint mir an dieser Stelle, inwiefern und wie die Betroffenen selbst Geschlecht im Erleben und Erarbeiten psychischer In-/Stabilität mobilisieren. Auch dies kann ich an dieser Stelle nur andeuten und als Anknüpfung für weitere Analysen »vormerken«. In Angelika Sieberts Erleben und Erarbeiten psychischer Stabilität wurde die Möglichkeit einer (Selbst-)Kategorisierung als Frau zunehmend wichtiger. Sie beschrieb beispielsweise, wie sie mit der ursprünglich höheren Dosierung ihres Medikaments ihre starke Gewichtszunahme (als Nebenwirkung der Medikation) gar nicht mehr registriert habe. Wieder Ansprüche an sich selbst zu haben, bedeutete für sie auch, sich mit ihrem Körper, ihrem Aussehen und ihrer Wirkung auf Männer auseinanderzusetzen. Zum einen thematisierte sie die aus ihrer Sicht notwendig gewordene Abgrenzung gegenüber einigen männlichen Mitbewohnern und Mitarbeitenden, die sie als psychisch kranke Frau im Alltag in vielfacher Hinsicht als »schwaches Geschlecht« adressierten. Zum anderen verwendete sie mit der Unterstützung ihres Freundeskreises immer mehr Engagement darauf, sich wieder als Frau zu positionieren. Für die Aufrechterhaltung psychischer Stabilität spielte es eine nicht geringe Rolle, dass sie sich durch die finanzielle Unterstützung ihrer Freunde Kleidung leisten konnte, die sie aus ihrer Sicht gerade nicht als typische Pflegeheimbewohnerin markierten. Da sie in einem Pflegeheim lebte, stünden ihr ohne die finanzielle Unterstützung ihrer Freunde monatlich 80 € vom Sozialamt zur Verfügung, die unter anderem für Hygiene- und Drogerieartikel aufzuwenden sind. Besuche bei der Kosmetikerin oder beim Friseur, der regelmäßige Besuch in einem Yoga-Kurs für Frauen in der Nähe des Wohnheims, all dies waren für sie wichtige Alltagspraktiken, die sie gleichzeitig als gesund und als Frau in Erscheinung treten ließen. Hier zeigen sich meines Erachtens Ansatzpunkte, wie spezifische Bündnis-Konstellationen bestimmte Geschlechterrollen (auch als Ausweis von Normalität) möglich werden lassen oder eben nicht.

Dass dies in meiner Forschung nicht im Fokus stand und in diesem Text etwas unglücklich als Nachtrag angefügt wird, soll nicht suggerieren, dass in psychiatrischen Diagnose- und Behandlungspraktiken Geschlecht nicht als strukturierende Kategorie wirksam ist und sich in das (Körper-)Wissen der Behandelnden wie auch der Betroffenen einschreibt. Einige Anhaltspunkte habe ich oben angedeutet. Mein Forschungsanliegen war es angesichts einer weit verbreiteten und oftmals pauschalisierenden Institutionenkritik sozialwissenschaftlicher Forschung im Feld Psychiatrie, die Komplexität von Objektivierungs- und Subjektivierungspraktiken aufzuzeigen, um Raum zu lassen für die Beschreibung vielfältiger Rückkoppelungseffekte zwischen Betroffenenalltagen und Behandlungspraxis. Hier eröffnet der beschriebene praxisorientierte Ansatz Möglichkeiten gerade angesichts der Verflüssigung von Kategorien und der Komplexität sozialer Realitäten (Binder/Hess 2011, 41) vielfältige und eben auch vergeschlechtliche Zuschreibungen differenziert und vor allem als Prozess

herauszuarbeiten, denen ich in meinen Analysen bislang nicht systematisch nachgegangen bin. Inwiefern in meiner Forschung damit eher von einem Vergessen des Geschlechts im Sinne einer forschungsperspektivisch induzierten Ignoranz auszugehen ist, als von einem »undoing gender« im psychiatrischen Behandlungsalltag, wie Hirschauer die praktisch hergestellte Neutralisierung von Geschlechtszuschreibung bezeichnet (Hirschauer 2001), bleibt an dieser Stelle eine offene Frage, die empirisch geklärt werden müsste. Ziel sollte sein, den Fokus auf Körperlichkeit in der Herstellung von psychischer In/Stabilität nicht an die Stelle von Geschlecht zu setzen, sondern dieses in interdependenter Perspektive in die Diskussion von Zuschreibungs- und Rückkoppelungseffekten einzubringen. Damit steht am Ende dieser analytischen Arbeit der Anfang einer neuen.

Anmerkungen

- ¹ Für meine Doktorarbeit (Klausner 2015) habe ich im Zeitraum von 2008 bis 2012 mehrere mehrmonatige Feldforschungen in zwei Berliner Psychiatrien durchgeführt. Meine Promotionsforschung war Teil des DFG-geförderten Forschungsprojektes »Die Produktion von Chronizität im Alltag psychiatrischer Versorgung und Forschung in Berlin« am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin. Mehr hierzu unter: <https://www.euroethno.hu-berlin.de/forschung/drittmittelprojekte/chronizitaet>, aufgerufen am 22.3.2015.
- ² Kritische Auseinandersetzungen mit dieser klassischen modernen Dichotomisierung von Körper und Geist entstanden insbesondere von Seiten der Medizinanthropologie bereits in den 1980er Jahren. Hier sei diesbezüglich nur auf den programmatischen Text von Nancy Scheper-Hughes und Margaret Lock (1987) verwiesen.
- ³ Stefan Busian und Angelika Siebert (alle Namen sind Pseudonyme) lernte ich bei meiner letzten Feldforschung in einem Berliner Bezirkskrankenhaus kennen. Die wörtlich zitierten Passagen entstammen größtenteils transkribierten Interviews; ein paar wenige wörtliche Zitate basieren auf Gedächtnisprotokollen, die ich nach Gesprächen erstellt habe.
- ⁴ Eine entscheidende Nebenwirkung bei einer Bandbreite von Antipsychotika ist deren sedierende Wirkung und die damit einhergehende Müdigkeit und Lethargie.

Literatur

- Binder, Beate/Sabine Hess (2011): Intersektionalität aus der Perspektive der Europäischen Ethnologie. In: Sabine Hess u.a. (Hg.): Intersektionalität revisited: Empirische, theoretische und methodische Erkundungen. Bielefeld, 15-52.
- Blume, Stuart u.a. (2014): Introduction STS and Disability. In: Science, Technology & Human Values 39/1, 98-104.
- Hirschauer, Stefan (2001): Das Vergessen des Geschlechts. Zur Praxeologie einer Kategorie sozialer Ordnung. In: Bettina Heintz (Hg.): Geschlechtersoziologie. Sonderheft 41 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen/Wiesbaden, 208-235.

- Ders. (2004): Praktiken und ihre Körper. Über materielle Partizipanden des Tuns. In: Karl H. Hörnig/Julia Reuther: *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis*. Bielefeld, 73-91.
- Klausner, Martina (2015): *Choreografien psychiatrischer Praxis. Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*. Bielefeld.
- Leder, Drew (1990): *The Absent Body*. Chicago.
- Mol, Annemarie (2008): *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London/New York.
- Scheper-Hughes, Nancy/Margaret M. Lock (1987): *The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. In: *Medical Anthropology Quarterly* 1/1, 6-41.
- Schillmeier, Michael (2007): *Dis/abling practices: Rethinking disability*. In: *Human Affairs* 17/2, 195-208.
- Windisch, Monika (2014): *Behinderung - Geschlecht - Soziale Ungleichheit. Intersektionelle Perspektiven, Gesellschaft der Unterschiede*. Bielefeld.