

Berufsakademie Sachsen

Staatliche Studienakademie Breitenbrunn

**Das Menschenbild in der Psychiatrie –
historischer Abriss, aktuelle Situation und Alternativen**

Diplomarbeit

zur Erlangung des Grades

Diplom-Sozialpädagogin (Berufsakademie)

Dipl.-Soz. Päd. (BA)

Soziale Arbeit

eingereicht von:

Sara Lehmann

01. Februar 1983

am 29. Juli 2013

Kurs: BS07SV1

Matrikel-Nr.: 0002717

Praxispartner: V.I.P. Chemnitz e.V. Kontakt und Beratungsstelle

1. Gutachter: Stefan Müller-Teusler

2. Gutachter: Ricarda Stockmann

Vorwort

Beim Schreiben dieser Arbeit wurde ich von lieben Menschen unterstützt. Ihnen möchte ich an dieser Stelle danken:

- meinem Sohn für seine Geduld und seine Liebe,
- meinem Freund und meinen Eltern, die mir oft den Rücken frei gehalten haben,
- allen Psychiatrie-Betroffenen, die mit mir die Fragebögen ausfüllten und so ihre Erfahrungen und Erlebnisse mit mir teilten,
- den Mitarbeitern der verschiedenen Einrichtungen, die mir ermöglicht haben, ihre Klienten/Bewohner/Besucher zu befragen,
- Herrn Peter Lehmann für seinen Rat bei der Literaturlauswahl,
- Virginie Lohse, die mir half, wenn ich keinen roten Faden mehr hatte,
- sowie Claudia Heinicke und Katja Oettel, die mir hilfreich bei der Korrektur zur Seite standen und sich in diesen 12 Wochen immer wieder geduldig meine Ideen und mein Jammern angehört haben.

Diese Diplomarbeit wurde nach den Richtlinien (November 2012) der staatlichen Studienakademie Breitenbrunn verfasst und strukturiert. Für die bessere Lesbarkeit habe ich die männliche Bezeichnung gewählt. Ist also von Patienten, Ärzten, Betroffenen die Rede, will dies nicht die weibliche Form ausschließen. In der historischen Betrachtung ist oft von „Irren“ die Rede. Dies wurde von mir bewusst in Anführungszeichen gesetzt, um zu verdeutlichen, dass ich mich von diesem diffamierenden Begriff distanzieren möchte.

Chemnitz, 29. Juli 2013

Inhaltsverzeichnis

1. „So sind die Methoden in der Psychiatrie“	6
2. Zielstellung und wissenschaftliche Fragestellungen	7
2.1 Gründe für die Wahl des Themas.....	7
2.2 Zielformulierung.....	8
2.3 Wissenschaftliche Fragestellungen.....	8
2.4 Darstellung der methodischen Vorgehensweise	9
2.5 Erläuterung des Aufbaus der Arbeit	10
3. Historische Betrachtung	10
3.1 Undifferenzierte Internierung im 17. und 18. Jahrhundert.....	11
3.2 Beginn der differenzierten Internierung im späten 18. Jahrhundert.....	13
3.3 Das 19. Jahrhundert	16
3.3.1 Reformbeginn im frühen 19. Jahrhundert.....	16
3.3.2 Die Zustände in den Anstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts.....	19
3.3.3 Vorstellungen akademischer und institutioneller Praxis in der (vor-) revolutionären Zeit.....	20
3.3.4 Der Umgang mit den Unvernünftigen im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts	21
3.3.5 Die Bürokratisierung der psychiatrischen Versorgung im späten 19. Jahrhundert	24
3.4 Das 20. Jahrhundert	26
3.4.1 Die Psychiatrie im frühen 20. Jahrhundert	26
3.4.2 Die Entwicklung der Psychiatrie vor und während des Nationalsozialismus	28
3.4.3 Die Psychiatrie in der Nachkriegszeit und der Fortbestand bisheriger Ansätze.....	32

3.4.4	Die Anfänge einer Paradigmenkrise und die Kritik an den Versorgungsformen in der Anstaltspsychiatrie.....	33
3.4.5	Die Zustände in den Anstalten nach den Berichten der Sachverständigenkommission.....	35
3.4.6	Empfehlungen für die Umstrukturierung der Psychiatrie durch die Sachverständigenkommission.....	36
3.4.7	Die Auswirkungen der Psychiatriereform	38
4.	Derzeitige Vorstellungen von Psychischen Erkrankungen sowie angemessener Behandlung und Hilfe	42
4.1	Die Besonderheiten des ärztlichen Gesprächs in der psychiatrischen Behandlung.....	45
4.2	Psychiatrische Pharmakotherapie und andere körpertherapeutische Techniken.....	45
4.3	Die Psychotherapie.....	48
4.4	Die Soziotherapie	49
5.	Empirische Untersuchung.....	49
5.1	Wahl der Methode und praktische Durchführung	49
5.2	Interpretation und Bewertung der Ergebnisse	51
6.	Menschenbild und Krankheitsverständnis.....	61
6.1	Menschenbild– eine Begriffsdefinition.....	61
6.2	Das Menschenbild in der Psychiatrie im Wandel der Zeit	61
6.3	Das Menschenbild der modernen Psychiatrie	65
6.4	Auswirkungen auf den Betroffenen.....	66
6.5	Mögliche Gründe für die Beibehaltung des medizinisch-biologischen Krankheitsverständnisses in der Psychiatrie	70
7.	Alternativen	73
7.1	Anthropologisches Krankheitsverständnis	76
7.2	Das spirituelle Menschenbild	79

7.3	Organisierte Selbsthilfe	82
7.3.1	Das Ikarus-Projekt.....	82
7.3.2	Netzwerk zur Unterstützung von Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen.....	85
7.4	Soteria – ein Konzept professioneller Unterstützung.....	88
8.	Theorie-Praxis-Reflexion	92
9.	Abschließende Worte	95
10.	Abkürzungsverzeichnis	96
11.	Literaturverzeichnis	97
12.	Quellenverzeichnis	102
13.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	104
	Anlagenverzeichnis	

1. „So sind die Methoden in der Psychiatrie“

„Wie wär's mit einer Spritze?“

„Die brauche ich auch nicht.“

Irabu strich mit den Fingern über die Armlehne seines Sessels. „Sehr ärgerlich“, sagte er niedergeschlagen. [...]

In dem Moment öffnete sich der Vorhang, und wie schon beim letzten Mal erschien wieder diese Krankenschwester. Mayumi hieß die, wenn er sich recht erinnerte. In ihrer linken Hand hielt sie eine Spritze, in der rechten einen kleinen Wascheimer aus Blech. Mit dieser merkwürdigen Kombination kam sie näher. Ohne Vorwarnung schlug sie den Wascheimer scheppernd auf seinen Kopf.

„Herr Doktor, wie können Sie zulassen, dass dieser freche Patient sich hier so arrogant verhält?“, sagte sie in ihrer schläfrigen Stimme. „Dem verpassen Sie eine Spritze ohne groß zu fragen.“ Sie nahm die Spritze in die rechte Hand.

„Stimmt. Wo du Recht hast, hast du Recht.“

Von Mayumi angetrieben erhob dich Irabu. Er bog seinen Hals kurz nach links und nach rechts, machte die Augen weit auf, grinste und packte Takaakis Arm.

„Tja, so sieht's aus.“

„Mo ... Moment mal...“

„Na na, nur nicht aufregen.“

„Warum soll ich mich nicht aufregen? Wenn Sie gewalttätig werden, verklage ich Sie! [...].“

„Es mag Ihnen vielleicht etwas brutal vorkommen, doch so sind die Methoden in der Psychiatrie.“

„Nie im Leben!“

„Doch, doch“, beharrte Irabu mit rötlichem Gesicht.

Mayumi zog die Mundwinkel nach oben und brachte die Spritze näher.

„Tut mir leid, doch hier bekomme ich für Spritzen eine Zulage. Ich habe seit kurzem mit einer eigenen Rockband angefangen und hatte einige Ausgaben.“

Sie desinfizierte eine Stelle auf seinem Unterarm und stach zu. [...]

„Das nennt man übrigens Zwangstherapie. Ist in der modernen Medizin ziemlich populär“, erklärte Irabu mit bemüht unschuldigem Gesicht.“ (Okuda, 2010, S. 83-85)

2. Zielstellung und wissenschaftliche Fragestellungen

2.1 Gründe für die Wahl des Themas

„Die Zeit“ brachte im Zusammenhang mit dem am 5. bis 10. Juni 1994 in Hamburg tagenden XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie einen Artikel mit dem Titel „Die Psychiatrie krankt an ihrem Menschenbild“ heraus (Klee, 1994, S. 52). Im Artikel wird die Behandlung der Patienten kritisiert und auf bürokratische Strukturen hingewiesen, die einer Behandlung der Patienten, die in deren Sinn wäre, entgegenwirken. Nun stellt sich die Frage, warum in der Psychiatrie weiterhin, auch nach der Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren, noch immer (anscheinend) so viele Missstände bestehen. Die Zustände in den Anstalten haben sich, was die Ausgestaltung der Krankenhäuser angeht, wesentlich gebessert und es gibt mittlerweile mehr gemeindepsychiatrische Versorgungszentren, die eine gemeindenahere Versorgung der Betroffenen ermöglichen. Die Betroffenen werden vor allem somatisch behandelt und nach der Dämpfung ihrer Symptomatik in der Regel relativ schnell entlassen. Was aber nicht bedeutet, dass sie gesund sind, oder als gesund angesehen werden. Während meines Praktikums in der Kontakt und Beratungsstelle des V.I.P. Chemnitz e.V. (Verein zur Integration psychosozial behinderter Menschen Chemnitz e.V.), die eine Begegnungsstätte für psychisch kranke Menschen darstellt, hat sich gezeigt, dass sich die Besucher bzw. Klienten selbst nicht als gesund betrachten. Ihre Krankheit bzw. ihre Diagnose begleitet sie in ihren Alltag, in ihr Erleben. Jedes kleine „Sich-nicht-normal-fühlen“ kann als Ausdruck der Krankheit verstanden werden. Das macht Angst. Viele leiden auch an den auftretenden Nebenwirkungen der Neuroleptika, die bei den meisten als Dauermedikation verabreicht werden. Es soll ergründet werden, warum sich die psychiatrische Medizin auf diese Weise mit psychischen Störungen auseinandersetzt und ob es nicht noch andere Wege geben könnte, den Betroffenen Hilfe zu gewähren. Gerade in der heutigen Zeit, in der deutlich mehr Menschen als noch vor einigen Jahrzehnten seelisch krank werden (vgl. mmq/dpa/dapd, 2013), sollten Wege gefunden werden, Hilfe im Sinne der Betroffenen und ihren Bedürfnissen entsprechend zu leisten.

2.2 Zielformulierung

Ziel dieser Arbeit ist es, durch die Darstellung der historischen Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland und ihrer heutigen Methodik und Therapie das zugrunde liegende Menschenbild und damit verbunden das Verständnis von psychischer Krankheit, zu analysieren. Durch die Auswertung meiner Befragung von Psychiatrie-Betroffenen sollen Differenzen zwischen Theorie und Praxis deutlich werden, um auch mögliche Verbesserungen aus den Erfahrungen und Wünschen der Befragten abzuleiten. Alternative Vorstellungen vom Mensch-Sein und Krankheit sollen dabei behilflich sein, neue Wege in der Psychiatrie aufzuzeigen.

2.3 Wissenschaftliche Fragestellungen

Durch die wissenschaftliche Fragestellung soll sich dem Thema und dem Ziel der Arbeit genähert werden. Dabei sind vor allem W-Fragen hilfreich. Wie sieht also das Menschenbild in der Psychiatrie aus? Wie wird der Begriff „psychische Erkrankung“ verstanden? Grundlegend ist hier die Frage nach der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie. Die heutige, moderne Psychiatrie hat ihre Wurzeln, ihre Basis in ihrer Geschichte. Sie ist über die letzten drei bis vier Jahrhunderte gewachsen. Dabei ist auch die gesellschaftliche und politische Entwicklung maßgebend, da sich die Psychiatrie in der Gesellschaft entwickelt hat und sich oft genug auch ihrem Selbstverständnis nach „sehr stark als im Dienst der jeweiligen Obrigkeit des jeweiligen Staates stehend empfunden hat“ (Dörner, 1967, S. 133). Was bedeutete dieses Selbstverständnis für die Menschen, die in den Anstalten lebten? Welche Zustände herrschten in den Anstalten? An der Unterbringung und Behandlung wird deutlich, wie die psychiatrisch Tätigen ihre Schutzbefohlenen sahen.

Weiterhin gilt es auf die heutige Situation zu schauen.

Welches Krankheitsverständnis liegt dem heutigen psychiatrischen Handeln zugrunde? Wie wird heute behandelt? Dabei ist es interessant zu betrachten, welche Verfahren genutzt werden, wie diagnostiziert wird und was die Grundlage für Diagnose und Klassifikation bildet. Durch die Auswertung der Befragung der

Psychiatrie-Betroffenen soll ein Bild von dem Umgang und der Behandlung in deutschen Psychiatrien entstehen. Auch ihr subjektives Empfinden soll dabei aufgenommen werden.

Welche Auswirkungen hat das Krankheitsverständnis der Psychiatrie für den Betroffenen? Bekommt er Hilfe, um sich und sein Erleben verstehen zu können? Ist das heutige Verständnis von psychischen Störungen ausgereift? Was könnte es für Gründe geben am medizinisch-biologischen Krankheitsmodell festzuhalten, auch wenn es vielleicht nicht mehr haltbar ist? Gibt es Denkmodelle die eine andere Herangehensweise an psychische Krankheit zulassen? Wie sehen diese aus und welche Wirkung hätte eine solche Denkweise für den betroffenen Menschen?

2.4 Darstellung der methodischen Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit wurde unter Zuhilfenahme verschiedener Forschungsansätze erstellt. Den größten Teil nimmt die Literaturanalyse ein. Dabei handelt es sich um Fachliteratur, die sich mit der historischen Entwicklung der Psychiatrie, Behandlung und Methoden sowie deren Menschenbild und Alternativer Psychiatrie auseinandersetzt. Dies bildet die wissenschaftlich-theoretische Grundlage der Arbeit. Der praktische Teil basiert auf einem Fragebogen, welcher schriftlich und anonym beantwortet wurde. Der Fragebogen richtet sich an Psychiatrie-Betroffene, die schon mindestens einmal, entweder stationär oder teilstationär, in einer psychiatrischen Klinik untergebracht waren. Um eine möglichst große und heterogene Gruppe von Personen zu befragen, wurden die Fragebögen in verschiedenen Gemeindepsychiatrischen Einrichtungen ausgegeben. Dies waren die Kontakt- und Beratungsstelle des V.I.P. Chemnitz e.V., das Wohnheim und das Café Bleifrei des V.I.P. Chemnitz e.V. sowie die Kontakt und Beratungsstelle der Stadtmission in Chemnitz. Ziel war es, die Erfahrungen der Befragten zu bündeln, um Aussagen über die Qualität der psychiatrischen Versorgung machen zu können. Letztendlich werden in der Theorie-Praxis-Reflexion die wissenschaftlichen Fragestellungen aufgegriffen und beantwortet. Dazu werden, um einen Vergleich zwischen Theorie und Praxis zu ermöglichen, die Fragebögen mit einbezogen.

2.5 Erläuterung des Aufbaus der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit der Darstellung der Entwicklung der Psychiatrie mit ihrer Methodik, ihrer Einbettung in soziale und politische Zusammenhänge und die Auswirkungen dessen auf die Menschen in psychiatrischer Behandlung. Diese ausführliche Beschreibung dient dazu, hervorzuheben, welche Denkmuster und welches Menschenbild die Psychiatrie bis in die heutige Zeit geprägt haben. Daran, wie mit den Menschen umgegangen wurde, wie sie behandelt wurden, zeigt sich das jeweils vorherrschende Menschenbild und Krankheitsverständnis. Es folgt eine Abhandlung über die derzeitigen Vorstellungen von Hilfe im psychiatrischen Kontext. Im Anschluss daran werden die Fragebögen ausgewertet und die Erfahrungen der Menschen mitgeteilt, die in der Psychiatrie behandelt wurden und werden. Dadurch soll ein klares Bild von Theorie und Praxis der modernen Psychiatrie gezeichnet werden. In der Betrachtung des Menschenbildes, welches dem Handeln zugrunde liegt, wird die Problematik für den Betroffenen deutlich. Es gibt jedoch auch alternative Sichtweisen von psychischen Störungen, die für den Betroffenen Möglichkeiten beinhalten, die ihn dabei unterstützen können, um mit größerer Selbstverantwortung auf sein Erleben und seine Situation zu reagieren. Einige von ihnen werden im Anschluss an die Menschenbildbetrachtung vorgestellt. In der Theorie-Praxis-Reflexion sollen die gewonnenen Erkenntnisse aus Theorie und Praxis verglichen und zusammen gefasst werden.

3. Historische Betrachtung

Durch die historische Betrachtung der Psychiatrie von ihren Anfängen bis heute soll gezeigt werden, wie die Psychiatrie als Wissenschaft gewachsen ist, auf welche Grundannahmen sie sich gestützt hat und wie sie in der Gesellschaft und im Staat eingebettet war. Dies hatte vor allem für die in der Psychiatrie verwahrten und behandelten Menschen Konsequenzen. Ebendiese sollen hier aufgezeigt werden.

3.1 Undifferenzierte Internierung im 17. und 18. Jahrhundert

Im Mittelalter gehörten alle Formen der Unvernunft zu einer göttlichen Welt. Wenn jemand geistig erkrankt war, so wurde dies als der Wille Gottes angesehen, als Strafe oder als Prüfung. In der Renaissance gehörten die Unvernünftigen zur sich säkularisierenden Welt. Im 17. Jahrhundert kam es jedoch zu einer Bewegung, die danach trachtete alle unvernünftigen und damit auffälligen Menschen hinter Schloss und Riegel zu bringen. In diese Zeit ist die Entstehung der Psychiatrie als Institution und moderner Wissenschaft einzuordnen (vgl. Dörner, 1984, S. 20).

Foucault äußerte sich zur Situation im Europa des 17. Jahrhunderts folgendermaßen: „Wenn wir von der anfänglichen Situation ausgehen, hat die Internierung in ganz Europa die gleiche Bedeutung. Sie ist eine der Antworten, die man im 17. Jahrhundert einer Krise gibt, die ganz Europa trifft: Sinken der Löhne, Arbeitslosigkeit, Geldmangel“ (1996 S. 83). So wurden auch die deutschen Staaten im Namen der Aufklärung und des Merkantilismus von einer Welle der Ausgrenzung erfasst. Es entstanden Narren-, Toll-, Zucht-, Arbeits-, Waisen-, und Korrektionshäuser. Auf diese Weise wurden „Bettler und Vagabunden, Besitz-Arbeits- und Berufslose, Verbrecher, politisch Auffällige und Häretiker, Dirnen, Wüstlinge, mit Lustseuchen Behaftete und Alkoholiker, Verrückte, Idioten und Sonderlinge [...],unschädlich‘ und gleichsam unsichtbar gemacht“ (Dörner, 1984, S. 20). In den Arbeitshäusern gab es nach Foucault (1996, S. 85f.) klare Anweisungen, die besagten, dass alle Internierten zu arbeiten und ein Viertel vom Wert ihrer Arbeit zu erhalten hatten. Die Arbeit sollte produktiv sein, aber auch Müßiggang verhindern.

Diese Internierungsmaßnahmen müssen vor allem unter dem Gesichtspunkt der Peuplierungspolitik gesehen werden. Die Nachwirkungen des 30jährigen Krieges waren noch sehr lange zu spüren. Die deutschen Staaten mussten den Nachteil ihrer relativ geringen Ausdehnung durch eine wachsende Bevölkerung ausgleichen, wollten sie in der europäischen Politik mitreden. „Hierfür und für den Aufbau einer autarken Wirtschaft war es erforderlich, die Untertanen, soweit möglich und wenn nötig durch Zwang in Ehepaare, Arbeiter, Steuerzahler und Soldaten ‚zu verwandeln‘.“ (Dörner, 1984, S. 186)

Kurz (2001, S. 165) weist darauf hin, dass sich in diesem Zusammenhang eine verobjektivierende Sichtweise auf die Menschen durchzusetzen begann: „Der frühkapitalistische Absolutismus hatte im Interesse der unablässigen Produktion von ‚Menschenmaterial‘ rigoros die alten Methoden der Empfängnisverhütung verboten und das Wissen darüber unterdrückt, um ‚Soldaten und Arbeiter‘ am Fließband zu bekommen, ohne Rücksicht auf Verluste.“ Die soziale Unterschicht wurde für das Bürgertum sichtbarer, da Klöster, Stifte und andere geistliche Besitztümer zunehmend aufgelöst wurden und dadurch nicht mehr in der Lage waren, sich der Bettler anzunehmen. Zudem zerfielen auch die restlichen gesellschaftlichen Strukturen, die seit dem Mittelalter versucht hatten, Not und Unglück erträglicher zu machen: die Stützen in Zunft, Berufsverband und Nachbarschaft. In diesem Zusammenhang entwickelte sich auch das moderne Familienbewusstsein. Als Familie galten nun nur noch die engsten Familienangehörigen. Für entferntere Verwandte, die gescheitert oder in irgendeiner Form krank und damit nicht fähig waren, für sich selbst zu sorgen, konnte und wollte man keine Verantwortung mehr übernehmen (vgl. Dörner, 1984, S. 186). Die traditionelle Familienstruktur wurde weiter desorganisiert durch die z. T. erzwungene Frauen- und Kinderarbeit, bzw. auf dem Land durch den Gesindezwangsdienst (vgl. ebd.). Die Ausgegrenzten hatten so viel wie möglich zu arbeiten, um der Gesellschaft doch noch nützlich zu sein. Aber die Erziehungsfunktion der Zwangshäuser für die übrige Bevölkerung wurde dem ökonomischen Nutzen wenigstens gleichgesetzt. Es galt als Ideal, Manufakturen in der Sichtweite von Zuchthäusern zu bauen. Diese dienten somit zur Mahnung und Abschreckung der übrigen Bevölkerung (vgl. ebd. S.188).

Für die „Irren“ musste diese Entwicklung weitreichende Folgen haben. Waren Melancholiker und Schwachsinnige bis dahin bei ihren Familien untergekommen, wurden dort versorgt und auch beaufsichtigt, fanden sie nun nicht mehr so leicht einen stillen Platz in der Familie. Sie gehörten nicht mehr wie selbstverständlich zur Gesellschaft und Zwischenfälle, die durch „Irre“ verursacht wurden, wurden nun sichtbarer. Da die Vernunft und ihre Prinzipien in Verwaltung und Gesellschaft als höchstes Gut und unbedingt anzustreben galten, waren die „Irren“ in ihrer Unvernunft eine Provokation und eine Gefahr, der es zu entgegnen galt (vgl. ebd. S. 187). Sie wurden nicht nur in feste „Häuser interniert, sondern auch über die

zahlreichen Grenzen abgeschoben oder durch bezahlte Verschiffung in die neue Welt oder andere Kolonien exterritorialisiert“ (ebd.). Diese Ausgrenzung der „Irren“ zeigt deutlich, wie die Verwaltung der deutschen Staaten mit Menschen umging, die für sie nicht nützlich erschienen.

Auf diese Weise wurde sich auch politisch anders Denkender entledigt, von denen es in dieser Zeit nicht wenige gab. Die gesamte Epoche des Übergangs zur ersten Industriellen Revolution war von einem permanenten mehr oder weniger offenen Bürgerkrieg in Europa gekennzeichnet (vgl. Kurz, 2001, S. 144). Die soziale Gegenbewegung entstand Ende des 18. Jahrhunderts dadurch, dass sich eine bürgerliche Gesellschaft dem Staat gegenüber konstituierte. Die persönliche Freiheit des Arbeitenden gehörte nun zu den objektiven Bedingungen der Wirtschaft (vgl. Dörner, 1984, S. 189).

3.2 *Beginn der differenzierten Internierung im späten 18. Jahrhundert*

Am Ende des 18. Jahrhunderts kam es also zu einer „ökonomischen und – davon nicht trennbar – humanitären Kritik an Zweck- und Sittengemäßheit des merkantilistischen Instruments der Zwangsarbeit und [...] zwingt zu der Erfahrung, dass die Arbeit Unfreier ineffizient ist“ (ebd.).

Aufgrund dessen kam es im Zuge der Frühromantik und des Industrialisierungsbeginns zu ersten sozialen Reformen. Diese Phase dauerte von 1780 bis 1840 an und beinhaltete eine teilweise Freisetzung der Internierten nach ökonomischen und rationalen Gesichtspunkten. In diesem Zeitraum etablierte sich ein Paradigma der Psychiatrie (vgl. ebd. S. 190).

Durch den massenhaften Bedarf an Arbeitern wurden die Menschen in den Zwangseinrichtungen nach dem Kriterium der Arbeits- und Freiheitsfähigkeit differenziert. Die meisten Armen und Waisen wurden freigesetzt und zu Lohnarbeitern gemacht bzw. zu diesen erzogen. Kriminelle wurden in Verwahrung und Zwangsarbeit gehalten (vgl. Jaeger; Staeuble, 1978, S. 203).

Mittellose „Irre“ wurden, da sie weder freiheits- noch arbeitsfähig waren, als unbrauchbar angesehen. Ihre unberechenbaren und störenden Handlungsweisen galten als die Ordnung und Gesellschaft gefährdend. Entsprechend hatte die

Sicherheit der öffentlichen Ordnung Vorrang. Es wurden laut Dörner (1984, S. 191) nicht nur „Tobende“ sondern auch „Irre mit Wahnideen“ interniert, weil ihr Verhalten als skandalös empfunden wurde. So kam es zur Einrichtung von Internierungshäusern für sogenannte „Irre“, um die gesellschaftliche Ordnung und Sicherheit zu wahren. „Dies war der (an internierende Institutionen gerichtete) gesellschaftliche Auftrag, auf dessen Grundlage die Entstehung und Entwicklung der Psychiatrie angesiedelt ist“ (Kampmann; Wenzel, 2004, S. 35). Die Trennung der „Irren“ von den übrigen Insassen der Zucht- und Arbeitshäuser verschlechterte zumeist deren Status. So hatte ein im Zucht- und Irrenhaus arbeitender Arzt die Vorstellung, dass die nichtarbeitsfähigen „Irren“, von den arbeitenden Insassen mit versorgt werden könnten (vgl. Dörner, 1984, S. 190).

In dieser Zeit begann erstmals eine Diskussion darüber, ob „Irre“ als böse, krank, arbeitsunwillig oder arbeitsunfähig anzusehen seien. Je nach dem kämen für den Betreffenden Strafe, Behandlung oder verwahrende/pflegende Maßnahmen in Betracht. Es gab zwar verschiedene Stimmen, die Wahnsinn jeweils als heilbare oder unheilbare Krankheit ansahen, aber dies hatte in dieser Zeit nur wenig praktische Konsequenzen (vgl. Jäger; Staeuble, 1978, S. 203f.).

Doch es gab auch erste zaghafte Reformversuche, die das Heilungsmotiv berücksichtigten. Im Frankfurter Tollhaus wurde 1785 angeordnet, dass ein Arzt dreimal in der Woche die „Irren“ visitieren sollte (vgl. Dörner, 1984, S. 191). Im Zuge medizinischer Reformtendenzen wurden von Joseph II sogenannte „Irre“ den übrigen Kranken gleichgestellt. Er ließ dem neuen Wiener Hauptspital einen „Irrenturm“ angliedern. So entstand zum ersten Mal eine psychiatrische Abteilung in einem Krankenhaus (vgl. ebd.). Es gab in Deutschland durchaus Allgemeinärzte, die sich mit leichteren seelischen Leiden, wie Hypochondrie, Schlafwandel und Hysterie beschäftigten. Sie stellten ätiologische Überlegungen an und publizierten zu diesen Themen. Jedoch fehlte in der Bevölkerung der Resonanzboden, um diesen Ideen Veränderungen auf politischer Ebene folgen zu lassen. Die Medizin war auf die Mehrung des Reichtums und die Macht des Staates zentriert und wurde als Zweig der Verwaltungswissenschaft und Medizinalpolizei betrachtet. Somit ist es nicht verwunderlich, dass sich die Profession der Medizin vor allem auf jenen Gebieten entwickelte, die hilfreich waren, um das Volk zu mehren, wie

die Kinderheilkunde und die Geburtshilfe, aber auch vorbeugende und heilende Gesunderhaltung (vgl. ebd. S. 189).

Mit der Unvernunft setzten sich in dieser Zeit nicht nur Mediziner auseinander, sondern auch die Philanthropen, die glaubten, dass die Menschen zu Vernunft erzogen werden könnten. Demnach konnten die Menschen durch körperliche Übungen, unter Kontrolle und Anleitung, zur Vernunft gebracht werden. Diese körperlichen Maßnahmen wurden in Anstalten angewendet, um „Heilung von Unvernunft, die nun in den Bereich des Denkbaren gekommen war, zu erzielen“ (Kampmann; Wenzel, 2004, S. 41).

Auch Pädagogen, Philosophen, Anthropologen und Dichter beschäftigten sich mit dem Wesen der Unvernunft. Doch durch die ungebrochene Macht der Fürsten war es aber gefährlich, Leid als durch die Gesellschaft hervorgebracht zu konzipieren. Das abweichende Verhalten wurde stets als Problem der Prävention von Unordnung in der Gesellschaft verstanden, bevor überhaupt ihre spezifische Ordnung Wirklichkeit geworden war (vgl. Jäger; Staeuble, 1978, S.62). Alle neuen Ideen waren hauptsächlich auf die leichten Formen der Unvernunft gerichtet, denn die „armen Irren“, die interniert waren, wurden von der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen und entsprechend wurde keine Notwendigkeit darin gesehen, ihre Situation zu verändern (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 46).

Zu den Zuständen in einem solchen „Irren-Haus“ (Friedrichsstadt in Berlin) wird folgendes gesagt:

„Die Wahnwitzigen haben ordentliche Zimmer zu ihrem Aufenthalt, doch sind diese zu klein und gewöhnlich liegen sie so eng zusammen, dass die Atmosphäre verdorben und der Geruch unerträglich ist. Dieses ist, zumal im Winter, der Fall, wo zur Ersparung des theuren Holzes diese Unglücklichen noch mehr zusammengepresst werden. Beide Geschlechter sind voneinander getrennt und haben, wenn es ihr Zustand erlaubt, die Freiheit im Hof und Garten umher zu gehen; die dazu geschickt sind, werden mit Spinnen und anderen Arbeiten beschäftigt. Die ganz Rasenden werden in gewissen von starken Bohlen gemachten Verschlügen, welche Kasten genennt werden und im Winter durch oberhalb gezogene Röhren gewärmt sind, aufbewahrt und zum Theil angeschlossen“ (Formey, 1796, S. 208 zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004, S. 50).

Formey sah die Chance auf Heilung allerdings als begrenzt an, weil die Insassen des Irrenhauses erst dahin gebracht worden sind, nachdem alle anderen Therapien in Krankenhäusern oder anderen Therapie-Einrichtungen fehlgeschlagen waren. Außerdem bemängelte er, dass es zu wenig Aufsichtspersonal gäbe, da

Wahnwitzige mehr Wartung und Beaufsichtigung benötigten, als andere Kranke (zit. nach ebd. S. 51).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gegen Ende des 18. Jahrhunderts zwar viele Menschen aus den Verwahrungsanstalten freigesetzt wurden, jedoch nur nach ökonomischen Gesichtspunkten. Die Medizin, die sich jetzt langsam mit der Unvernunft als eine Krankheit auseinanderzusetzen begann, tat dies hauptsächlich mit den leichten Formen der Unvernunft. Für die „armen Irren“, die sogenannten Wahnwitzigen und die Rasenden, änderte sich nicht besonders viel. Ihre Unterbringung und Versorgung war äußerst mangelhaft und auch die Eingliederung der Irrenhäuser in die Krankenhäuser änderte an dieser Situation nichts (vgl. Dörner, 1984, S. 192).

3.3 Das 19. Jahrhundert

3.3.1 Reformbeginn im frühen 19. Jahrhundert

Die Reformen, die schon Ende des 18. Jahrhunderts begonnen hatten, wurden weiter fortgeführt. Preußische Ärzte und Reformer, die eine eher humanistische Philosophie vertraten, trugen ebenfalls zum Anstoß der Irrenreform bei (vgl. ebd. S. 230). Zucht-, Armen- und Arbeitshäuser wurden vermehrt nach den Grundsätzen der Industrie aufgelöst und nach der Brauchbarkeit der Insassen neu strukturiert. Da durch diese Umverteilung und Neustrukturierung „Irre“ in der Gesellschaft wieder sichtbar und auffällig wurden, hatte die Irrenreform hier ihren Ausgangspunkt. Sie ist also im Zusammenhang mit den ökonomischen Interessen dieser Zeit zu sehen. Jaeger und Staeuble (1978, S. 206) führen dazu aus, dass das Arbeitskräftepotential in den Familien erhöht, ein Überblick über die Arbeitsfähigkeit der armen „Irren“ gewonnen und eine Störungsfreiheit der Gesellschaft gesichert werden sollte.

Die „praktische Irrenreform“ hatte also den Auftrag, die Gesellschaft an die Wirtschaftsentwicklung anzupassen. So wurde auch der physische Zwang durch neue Formen der Behandlung ersetzt. Allerdings trat an dessen Stelle der psychische Zwang, der auf die Durchsetzung von Gehorsam und auf die Veränderung von störenden Verhaltensweisen hin zu einem Verhalten gemäß der

herrschenden Vernunft gerichtet war. Dieser Zwang wurde nun als Mittel mit dem Ziel der Heilung gerechtfertigt (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 72).

Johann Christian Reil (1755 – 1813) prägte die Theorie der praktischen Irrenreform. Er hatte für seine Zeit liberale Ansichten (vgl. Jäger, Staeuble, 1978, S. 208) und die Umsetzung seiner Ansichten sorgten z. B. in der Berliner Charité für Veränderung, da sie eine rein psychische Behandlung von „Irren“ anstrebte und auch für den unheilbar Kranken ein menschenwürdiges Leben ermöglichen sollte (vgl. Diepgen; Heischkel, 1935, S. 123).

Die Umsetzung der Reformen hatte weiterhin einen polizeilichen Charakter. Es gab eine gesetzliche Regelung der Aufnahme in Irrenanstalten, und die als wahn- und blödsinnig bezeichneten Menschen galten in erster Linie als gemeingefährlich, nicht als krank oder heilbar. Aus diesem Grund stand die Wahrung der öffentlichen Ordnung durch die Polizeibehörde im Vordergrund (vgl. Dörner, 1984, S. 230).

Die praktische Umsetzung der Reform wurde hauptsächlich von J.G. Langermann beeinflusst. Dieser nahm an, das „Irrsein“ eine idiopathische Störung der Seele sei (vgl. Dörner, 1984, S. 231) und lehnte nicht nur übernatürliche, sondern auch körperliche Erklärungen ab. Im Wahnsinn leide die Seele an einer ihr bewussten, irregeleiteten Strebung, einer Leidenschaft. Entsprechend ergebe sich die Diagnose aus dem Charakter, der Konstitution und dem Temperament des Individuums. Unvernunft sei selbstverschuldet, der Selbstkorrektur zugänglich und damit heilbar. Also sollte sich ein Seelenarzt der Unvernünftigen annehmen und diese zur Vernunft erziehen (vgl. ebd.). Langermanns Vorstellungen von zweckmäßiger Behandlung umfassten Geistesübungen, körperliche Tätigkeiten (auch sinnloser Art) und Strafen. Der von Langermann aufgestellte „Curplan“ wurde Grundlage der Irrenbehandlung, besonders nachdem er weitgehend zur Verfassung der Bayreuther Anstalt gemacht wurde. Dies führte erstmals dazu, dass „Irrsein“ vom Staat als heilbar deklariert wurde (vgl. ebd. S. 232).

Die Umsetzung seiner Kurmethode erfolgte an der Berliner Charité durch den Mediziner Ernst Horn. Er wandte die neue Methode auf der Grundlage von Zwang zum Gehorsam, militärischer Härte und brutalen mechanischen Mitteln an, um so Heilung, Erziehung, Ordnung und Bestrafung zu erzielen. Er arbeitete nach einem exakt verplanten Tagesablauf, wie es auch Langermann vorgesehen hatte. Er betrieb geistige und körperliche Beschäftigungstherapie, wobei er die Wahl der

Beschäftigung gegensätzlich zur Neigung des Individuums wählte, um von subjektiven Gefühlen abzulenken und zu einem gesunden Leben zu erziehen (vgl. Dieppen; Heischkel, 1935, S. 126). Dörner (1984, S. 234 f.) sagt hierzu:

„Diese preußische Kurmethode war mithin weniger ärztliche Kunst, als eine pädagogisch-militärische und autoritäre Administration der Vernunft und der sittlichen Pflicht – in liberaler Absicht. Für die Irren war an die Stelle des willkürlichen Zwangs des Absolutismus der streng gesetzmäßig applizierte Zwang der Gesellschaft getreten, die nach dem liberalen, aber auf die Dauer nicht erfolgreichen Willen der preußischen Reformer administrativ ‚von oben‘ zur bürgerlichen Gesellschaft revolutioniert werden sollte, wobei wenn auch die Ketten fielen, der mechanische und physisch strafende Charakter des Zwangs für die Irren nicht – wie im Westen – abnahm.“

In Deutschland gab es keine von den Bürgern revolutionär geschaffene bürgerliche Gesellschaft, in welche „Irre“ hätten integriert werden können. Eine Reflexion der Bürger darüber, dass es nicht nur Fortschritt in einer bürgerlichen Gesellschaft gibt, sondern diese auch Leiden hervorbringt, erfolgte nicht. Dadurch kam es in keiner Form zu einer sozial orientierten Therapie für „Irre“ im deutschen Raum (vgl. ebd. S. 235). Die Entstehung von Geisteskrankheit wurde deshalb nur im Inneren des Menschen und nicht im Zusammenhang mit äußeren, sozialen Gegebenheiten gesucht. Sie war dadurch immer mit persönlicher Schuld, Unsittlichkeit oder Sünde verbunden. In der Therapie sollte der Mensch wieder zu sich und zur Vernunft gebracht werden.

Die Maßnahmen der preußischen Reform wurden vor allem in den westlich gelegenen deutschen Staaten bald durch französischen Einfluss verändert. Um 1810 kam es zu einer erhöhten Reiseaktivität deutscher Ärzte. Durch den internationalen Austausch, die zunehmende kooperative Beziehung der praktisch arbeitenden Ärzte und den Einfluss der Ärzte, die sich an Frankreich orientierten, kam es zu Veränderungen, vor allem zu einer humanisierenden Abschwächung der preußischen Behandlungsmethoden (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 82). Der Theologe und Arzt Hayner, der als Direktor in der Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna tätig war, setzte sich für die Humanisierung der Anstalten ein und entlarvte Zwangsmaßnahmen, die unter dem Deckmantel der Heilbehandlung stattgefunden hatten: „Verflucht sei also von nun an jeder Schlag, der einen Elenden trifft aus dieser bejammernswürdigen Klasse der Leidenden! Ich rufe Wehe! Über jeden Menschen, er stehe hoch oder niedrig, der es genehmigt, dass verstandlose Menschen geschlagen werden!“ (Hayner, zit. nach Dörner, 1984, S. 238).

3.3.2 Die Zustände in den Anstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Die Anstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts waren meist wenig medizinischer Art. Die allgemeine Fürsorge oblag sogenannten Oberaufsehern oder Irrenhausverwaltern, nur bei körperlichen Leiden wurden Ärzte hinzugezogen. Die verheerenden Zustände in den Anstalten basierten auf zwei allgemeinen Vorurteilen, welche noch immer die öffentliche Meinung und die der meisten Ärzte beherrschten. Zum einen die Ansicht, dass Geisteskrankheit unheilbar sei und zum anderen, dass die Krankheitsäußerungen in persönlicher Torheit und Niedertracht begründet wären (vgl. Kraepelin, 1918, S. 14).

Erst durch die in den 1820er Jahren zunehmende Trennung von Heil- und Pflegeanstalten rückte die Möglichkeit der Heilung einer großen Anzahl von Krankheiten des Geistes in das herrschende Bewusstsein. Zur Behandlung der Anstaltsinsassen wurden auf die in Frankreich und England entwickelten Strategien des „moral management“ zurückgegriffen. Diese beinhalteten strikte Haus- und Arbeitsordnungen, sowie Disziplinarmaßnahmen, wie Nahrungsmittelentzug und bewegungshemmende Zwangsmittel. Sie sollten „durch die Autoritätsstrukturen der Anstalt die Anarchie subjektiven Verhaltens unter Maß, Ordnung und Gesetzlichkeit bringen“ (Jäger; Staeuble, 1978, S.206).

Die Irrenanstalten, die durch die Reformen neu entstanden, glichen meist den bisherigen Internierungseinrichtungen und wandelten sich nur langsam von bloßer Verwahrung der Insassen hin zu einer Rückgabe Einiger an die Gesellschaft, sofern sie als nützlich für diese angesehen wurden und arbeitsfähig waren (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 85). Der Wandel im Umgang mit den Unvernünftigen lässt sich anhand Franks Vorstellung von Hilfe veranschaulichen:

„Es ist noch nicht lange her, dass der Staat nichts weiter für die Irren that, als sie einsperrte, um sie für die menschliche Gesellschaft unschädlich zu machen. Jetzt kennen und üben wir noch eine andere, heilige Pflicht: Wir geben die Irren als brauchbare Glieder an eine menschliche Gesellschaft zurück, und diesen doppelten Zweck Sicherstellung der Menschheit vor den Ausbrüchen der Wahnsinnigen und Heilung der letzteren, müssen wir bei Organisation der Irrenanstalten vor Augen haben.“ (Frank, zit. nach Dörner, 1984, S. 195)

3.3.3 Vorstellungen akademischer und institutioneller Praxis in der (vor-) revolutionären Zeit

In der Zeit vor der Revolution von 1884 lehnten einige meist jüngere Psychiater und Ärzte die bisherige Psychiatrie ab. Sie richteten sich an einer eher liberalen, naturwissenschaftlichen Einstellung aus. Diese beinhaltete Forderungen nach einer Abkehr von Behandlungsformen, die auf mechanischem oder moralischem Zwang beruhten und einer Annäherung der geistig Erkrankten an die Gesellschaft (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 99 f.). „Irre“ galten ihrem Verständnis nach nicht als Unvernünftige, die ihren Zustand zumindest zu einem Teil selbst verschuldet hatten, sondern als Kranke. Entsprechend sollten sie als solche von Ärzten in Kliniken behandelt und nicht in Anstalten unter pädagogischem Zwang erzogen werden. Die neuere Psychiatrie fand trotz aller Unterschiede in den Behandlungsformen unter einem neuen Grundsatz der Humanität zusammen (vgl. Griesinger, 1861, S. 470). Diesen sieht Griesinger im Zusammenhang damit, dass „Irrsein“ als Krankheit nun langsam anerkannt wurde und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Anerkennung der „Irren“ als Menschen. Die Gesellschaft solle diesen Menschen Schutz und Hilfe gewähren und sie zum Gegenstand echter Fürsorge von staatlicher Seite und wissenschaftlicher Forschung zum Zweck der Heilung werden lassen (vgl. ebd.).

In dieser Zeit wurde durch die neuere allgemeine Pathologie festgestellt, „dass Symptome eines jeden Systems des Körpers, die physiologisch auf dieses zurückgeführt werden könnten, die vorrangigen sind, sei man auch in der Psychiatrie dazu gelangt, Zeichen der Veränderung des Gehirns [...] voranzustellen“ (Kampmann; Wenzel, 2004, S. 102). So wie man eine Veränderung der Atmung als eine Dysfunktion der Lunge erkannte, so waren für Griesinger „für das Irresein die einzigen wichtigen Zeichen die psychischen (Gehirn) Symptome, weil sie uns als Sitz der Störung, eben das Gehirn anzeigen“ (Griesinger, 1861, S. 100). Jede psychische Erkrankung wurde durch ihre Symptomatik als eine Erkrankung des Gehirns angesehen. Wobei „der biologische Materialismus bei Griesinger noch als eine historisch-transitorische Position zur Überwindung idealistischer Spekulationen in der Psychiatrie erschien und sich durch die

ausdrückliche Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren als eine theoretisch offene Konstruktion erwies“ (Thoma, 1978, S. 22f.).

3.3.4 Der Umgang mit den Unvernünftigen im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts

Der sogenannte „Irre“ war bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts kein Thema in der Öffentlichkeit:

„Der in den kommunalen Aufbewahrungsanstalten institutionalisierte Polizeigedanke schöpfte aufkeimendes Interesse ab, weil er gesellschaftliche Selbstgewissheit stabilisierte. Der aufbewahrte Irre blieb unsichtbar, während der ‚geheilte‘ verunsicherte, gesellschaftliche Zuwendung erforderlich machte; denn es gab für den Heilungserfolg ja keine Garantien.“ (Blasius, 1980, S. 37)

Durch die Veröffentlichungen der Rechenschaftsberichte der Provinzialirrenanstalten sollte das Interesse bei Ärzten und Behörden gefördert und bestehende Vorurteile über Behandlung, Pflege und Heilbarkeit aufgelöst werden. Das Bürgertum hatte für eigene problemlösende Ansätze noch nicht genügend Schubkraft, und die einzelnen Versuche humane Anstalten aufzubauen, waren keine Lösung für das Elend der Masse (vgl. ebd.). So war es z. B. nicht selten der Fall, dass hauptsächlich Menschen aus bürgerlichen Schichten in Heilanstalten Hilfe fanden, während Arme weiterhin in Armen- oder Arbeitshäusern verblieben. Dies lag vor allem daran, dass eins der Hauptkriterien für die Aufnahme der Zeitpunkt war, zu dem die Krankheit aufgetreten war. Man ging davon aus, dass Geisteskrankheit hauptsächlich im Frühstadium heilbar wäre und im Gegensatz zu den Armen wandten sich Angehörige des Bürgertums schon bei den ersten Anzeichen von geistiger Verwirrung oder ähnlichem an entsprechende Einrichtungen (vgl. ebd. S. 33).

In der Mitte des 19. Jahrhunderts begann man, die Heil- und Pflegeanstalten, die man zu Reformbeginn noch versucht hatte strikt zu trennen, wieder relativ zu verbinden. Ab 1840 ging man dazu über, Neubauten für Irrenanstalten zu errichten. Dies war mit immensen Kosten für Gebäude- und Personalaufwand einhergegangen. Da die Ärzte weiterhin das Prinzip der Trennung vertraten, wurde ein System entwickelt, zwei selbstständige, in sich geschlossene Anstalten für Heilbare und Unheilbare auf demselben Grundstück unter einer ärztlichen

Leitung zu errichten. Dies hatte verschiedene Vorteile, einerseits ökonomischer Art, denn so konnten verschiedene Gebäude wie Küche, Kirche und Bäder gemeinsam genutzt und zu dem an Personalkosten gespart werden, da nur eine Verwaltung für beide Anstalten nötig war. Andererseits waren die Vorteile medizinischer Art, denn der Kranke konnte in dieser Anstaltsform vom selben Arzt beobachtet und seine Krankheit bis ans Ende verfolgt werden, auch wenn er die Anstalt wechselte. Zu diesem Zeitpunkt war bereits festgestellt worden, dass Aussagen über Heilbarkeit oder Unheilbarkeit einer Erkrankung höchst unsicher waren und so konnten die Insassen leicht von der Pflege- in die Heilanstalt verlegt werden, wenn dies Aussicht auf Erfolg zeigen würde (vgl. Griesinger, 1861, S. 524 f.). Griesinger äußerte sich aber auch kritisch zu dieser Form der relativ verbundenen Anstalt. Der ärztliche Vorstand werde mit einer Masse bürokratischer Geschäfte überhäuft, die nicht im eigentlichen Sinne der Krankenpflege angehören, und außerdem stehe er einer so großen Menge an Kranken gegenüber, dass die individuelle Behandlung der Kranken darunter leide (vgl. ebd. S. 525). Weiterhin sei „die größere Störbarkeit einer so complicierten, vieler Hilfsorgane bedürfenden Einrichtung, die Gefahr einer Vernachlässigung der unheilbar Kranken über den für das ärztliche Geschäft weit dankbareren heilbaren [...]“ (ebd.) ein Grund gegen diese Vereinigung.

Schlussendlich wurde das System der relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten praktisch kaum umgesetzt, und in neueren Anstalten, die ab 1850 erbaut wurden, kam es vermehrt zu einer Vermischung von Heilbaren und (besseren) Unheilbaren (vgl. ebd. S. 526).

Diese institutionelle Zusammenführung der als heilbar und unheilbar geltenden Menschen hing damit zusammen, dass die ökonomische Entwicklung ein stärkeres Bürgertum hervorbrachte. Dies und die sich verschärfende Lage der unterbürgerlichen Schichten brachte Veränderungen im Umgang mit den „Irren“ mit sich (vgl. Blasius, 1980, S. 38). Nun wurde das „Irrenproblem“ als ein soziales Problem sichtbar. Es wurden Forderungen nach gemischten Heil- und Pflegeanstalten laut, da ein „Irrer“ als Kranker anzusehen sei und sich Heilbarkeit oder Unheilbarkeit nicht diagnostizieren lasse. Wurde dies umgesetzt, fand der Heilungsgedanke in das System der Aufbewahrung Zugang. Die geforderten institutionellen Umstrukturierungen führten aber kaum zu einer Veränderung des

meist aufbewahrenden Charakters der Anstalten. Ihnen standen unter anderem finanzielle Begrenzungen von Seiten der Bürokratie gegenüber. Auch verfolgten die meisten Psychiater weiterhin die Behandlung durch Zwangsmittel und Isolierung (vgl. ebd. S. 39 ff.).

Trat auch in den Anstalten trotz aller Bemühungen praktisch kein Wandel ein, so wurden doch im Bereich der psychiatrischen Wissenschaft auf der Naturwissenschaft basierende Lösungsversuche diskutiert. Die Körpermedizin arbeitete vermehrt und recht erfolgreich auf der Grundlage naturwissenschaftlicher Erkenntnisse. Auch die wissenschaftliche Psychiatrie bediente sich der Erfahrungen der Körpermedizin und wandelte sich auf dieser Grundlage (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004 S. 117). Aufgrund naturwissenschaftlich begründeter Krankheitsfälle (wie die progressive Paralyse, die auf Syphilis bzw. Spirochäten-Infektion zurückgeführt werden konnte) wurde die biologische Ausrichtung der Psychiatrie vorangetrieben (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 42). Da viele der Anstaltspatienten dieser Zeit an solchen Erscheinungen litten, glaubte man, dass alle Krankheiten des Geistes auf Störungen des Gehirns oder Erreger zurückzuführen seien. Auch die Literatur in der Mitte des 19. Jahrhunderts reduzierte seelische Störungen auf hirnanatomische und hirnpathologische Befunde und etablierte die Psychiatrie auf diesem Weg als medizinische Wissenschaft (vgl. ebd. S. 22).

Diese Entwicklung hin zu einer biologistischen Weltanschauung ist im größeren Kontext zu betrachten. Charles Darwin (1809 – 1882) verhalf ihr zum Durchbruch und so verschmolz „Eine wirklich große Entdeckung [...] vollständig mit einem irrationalen ideologischen Impuls und unreflektierten Interessen des kapitalistischen Fetisch-Systems, um sich schließlich mit einer enormen Zerstörungskraft aufzuladen“ (Kurz, 2001, S. 316). Die Religion wurde durch die Wissenschaft ersetzt, wodurch der äußerliche, von oben kommende, moralische Zwang von einer massenhaften Selbstdisziplinierung abgelöst wurde. Darwins Lehre vom „struggle for life“ ließ sich auf die menschliche Gesellschaft übertragen, rechtfertigte den kapitalistischen Konkurrenzkampf und mündete in den Sozialdarwinismus. „Die ‚Völker‘ sollten sich stärken und rüsten für die Konkurrenz, indem die weniger Durchsetzungsfähigen sozial ausgesiebt wurden“ (vgl. ebd. S. 321.). Die biologische Selektionstheorie vermischte sich mit der

Konkurrenz-Ideologie des Liberalismus und damit wurden die Sieger des kapitalistisch-ökonomischen Wettkampfs zugleich als die biologisch höherwertigen Menschen angesehen (vgl. ebd. S. 326). Nun gab es eine naturwissenschaftliche Erklärung für Versagen, Kriminalität und jeder anderen Art von Unangepasstheit. Die sozialen Wurzeln krimineller oder oppositioneller Phänomene mussten nicht mehr betrachtet werden. Hier ist die Grundlage einer Entartungslehre zu finden, die ein gemeinsames Krankheitsbild von Epilepsie, Prostitution, Anarchismus und Kriminalität aufzuzeigen versuchte. „Zum anderen betraf das Problem der biologischen Selektion natürlich alle körperlich oder geistig Behinderten, chronisch Kranken, Verkrüppelten usw., mit einem Wort alle im kapitalistischen Sinne Arbeitsunfähigen, selbst wenn sie nicht durch Delinquenz auffielen.“ (vgl. ebd. S. 327)

3.3.5 Die Bürokratisierung der psychiatrischen Versorgung im späten 19. Jahrhundert

Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts kam es zu einem institutionellen Ausbau der „Irrenversorgung“ durch einen enormen Wachstumsschub im öffentlichen Anstaltswesen. Landeskrankenhäuser und Pflegeanstalten waren beides „öffentliche Anstalten“, doch hatte der Heilgedanke in den Pflegeanstalten keinen Zugang gefunden, sodass diese einzig der Verwahrung dienten. In den Landeskrankenhäusern versuchte man wiederum Überfüllung zu vermeiden und keine chronisch Kranken aufzunehmen, da für diese Heilbarkeit ausgeschlossen wurde. Der Raum, der für Heilzwecke zur Verfügung stand, war begrenzt und so wurden die als unheilbar erklärten Menschen, die den größeren Teil der Anstaltsinsassen ausmachten, in die Verwahranstalten gebracht (vgl. Blasius, 1980, S. 70ff.). Die öffentlichen Anstalten boten aufgrund ihrer Größe und der dort gebotenen Art der „Hilfe“ das Bild kasernenartiger Massenasylo. Der Großteil der Insassen waren Arme, für deren Versorgung die provinzielle Bürokratie zuständig war. So wurde in den Anstalten mit dem „Irrenproblem“ zugleich das „Armenproblem“ verwaltet und Armut dem Verdacht von „Irresein“ ausgesetzt (vgl. ebd. S. 73 und 81f.). Es fand sich also das Prinzip der alten Armenhäuser und des repressiven Umgangs mit den als unvernünftig geltenden Menschen wieder.

Blasius bezeichnet die Landeskrankenhäuser und Pflegeanstalten als neue „medizinische“ Armenhäuser (vgl. ebd.).

Die Zahl der Anstaltsinsassen stieg zwischen 1880 und 1910 rapide an (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 144). Die ab 1870 im gesamten preußischen Staat ausgeweitete „Irrenreform“ hatte zwar den Leitgedanken der bürgerlichen Fürsorgepflicht aufgenommen, wurde aber von den staatlichen Behörden durchgeführt. Die Verantwortlichen sahen die Entfernung der Kranken aus dem Umfeld, in dem sie erkrankt waren, als erforderlich an, da nur so eine Heilungschance bestehe. Dadurch wurde die Pflege in der Familie als kontraproduktiv angesehen und sollte mithin eingeschränkt werden.

Hatten die Anstalten und Landeskrankenhäuser Anfang der 1870er Jahre noch der provinziellen Selbstverwaltung unterstanden, so wuchs der Einfluss der staatlichen Verwaltung nun stetig. Die Ärzte, die der Provinzialverwaltung unterstellt waren, behandelten zwar die Anstaltsinsassen, die Einweisung erfolgte jedoch über die kommunale Polizei und die Verwaltungsbehörden (vgl. Blasius, 1980, S. 90ff.). Dies führte zu einem Interessenkonflikt der Anstalten: „Auf der einen Seite wurde versucht, ihren ursprünglichen Heilzweck gegenüber den von ihnen gelösten, administrativen Bedürfnissen zu behaupten; auf der anderen Seite versuchte die Administration, Anstalten von ihren Ordnungs- und Sicherheitsdenken her zu vereinnahmen“ (ebd. S. 90). Die Anstalten sollten dem Ordnungskalkül der Bürokratie untergeordnet und nicht nach dem Zweck der Heilung ausgerichtet werden. „In der Rhetorik der Bürokratie lebte zwar der alte Heilzweck fort, nicht aber in der Praxis“ (ebd. S. 92). Obwohl die Behörden auf eine verbindliche medizinische Betreuung durch Ärzte (hier zeigte sich der Heilgedanke) drängte, rückten die Interessen der Betroffenen bei diesen Bestrebungen nicht in den Blick. Vielmehr verschärfte sich der bürokratische Zugriff auf das „Irrenwesen“ ab den 1890er Jahren, was mit einer zunehmenden „Irrenüberwachung“ verbunden war (vgl. ebd. S. 93f.).

Mit fortschreitender Kontrolle der Psychiatrie durch die Bürokratie ging die medizinische und humane Dimension der psychiatrischen Versorgung verloren. Einweisungen erfolgten gegen den Willen der Betroffenen und deren Angehörigen, außerdem interagierten vor allem die Betroffenen weniger mit den Ärzten, als mit der Polizei (vgl. ebd. S. 95). Die Repression von Seiten der Behörden weitete sich

aus, indem „nicht nur sozial auffälliges, sondern auch politisch verdächtiges Verhalten [...] ohne große Skrupel psychiatrischem Test freigegeben“ wurde (ebd. S. 119). Güse und Schmacke (1976, S. 21) führen aus, dass die Grenzen zwischen politischer Unbotmäßigkeit, Kriminalität und psychischer Krankheit weiter verwischt bleiben konnten, wobei dieser systematischen Ungenauigkeit das mittlerweile gängige biologische Krankheitskonzept in der Psychiatrie durchaus entgegen kam. Die Hypothese der körperlichen Genese wurde soweit ausgedehnt, dass sie auch für Verhalten, für welches keine somatische Erklärung vorhanden war, galt.

„Damit konnte sie allerdings auch zur Etikettierung allein sozial unangepassten Verhaltens oder zur Diskriminierung von Minderheiten, Andersartigen oder politischen Gegnern missbraucht werden, da das psychiatrische Krankheitskonzept zwar die Hypothese einer somatischen Störung aufstellen, aber sich von der Beweislast mit dem Hinweis auf methodische Unzulänglichkeiten befreien konnte.“ (ebd. S. 21f.)

3.4 Das 20. Jahrhundert

3.4.1 Die Psychiatrie im frühen 20. Jahrhundert

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Psychiatrie als medizinische Wissenschaft erstmals anerkannt. Griesinger hatte dazu den ersten Anstoß gegeben, und durch das Werk Kraepelins wurde dies endgültig (vgl. Blasius, 1980, S. 41 und Thoma, 1978 S. 25). Nun war die Geisteskrankheit als solche ausschließlich zum Gegenstand ärztlicher Analyse geworden. „Der Preis der wissenschaftlichen Objektivierung ist das Verschwinden der Person, das Verstummen der „Irren“. Die ‚Verarztung des Wahnsinns‘ ersetzt jetzt den bereits abgebrochenen Dialog der Gesellschaft mit ihren Irren“ (Thoma, 1978, S. 25).

Kraepelin (1856-1926) verglich 1918 die Lage der Geisteskranken seiner Zeit mit der des frühen 19. Jahrhunderts und kam zu dem Schluss, dass sich viel verändert habe und nun eine wesentlich bessere Versorgung herrsche:

„Schritt für Schritt sind Vorurteile überwunden, Übelstände und Grausamkeiten beseitigt, neue Wege zur Linderung seelischen Leiden aufgefunden und betreten worden. Führerin bei dieser Entwicklung war überall die wachsende wissenschaftliche Erkenntnis des Wesens und der Entstehungsbedingungen des Irreseins, wie sie aus der steten fachärztlichen Beschäftigung mit dem

Gegenstände und den allgemeinen Fortschritten der Heilkunde gewonnen wurde.“ (Kraepelin, 1918, S. 109)

Er meint sogar, dass eine Form der „Irrenfürsorge“ gefunden worden sei, die auch für die Zukunft wegweisend sei (vgl. ebd.). Dies ist insofern erschreckend, da zur Zeit Kraepelins die psychiatrische Versorgung weitestgehend in Massenasylen stattfand und auf Verwahrung durch z. B. die von ihm vertretene Bettenbehandlung ausgerichtet war (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 171).

Kraepelin beherrschte die wissenschaftliche Szene zu seiner Zeit. Ärztliches Handeln in der Psychiatrie wandelte sich durch seine Vorstellungen zu etwas Beobachtendem, Registrierendem und hatte nur noch wenig mit therapeutischem Handeln zu tun (vgl. Blasius, 1980, S. 94). Er entwickelte anhand von Kriterien wie Prognose und Symptomatologie eine Einteilungssystematik um psychische Krankheiten zuordnen zu können. Kraepelin nahm entscheidende Positionen von Griesinger, wie z. B. die Berücksichtigung sozialer Faktoren zurück und wurde damit zum eigentlichen Begründer der modernen Psychiatrie (vgl. Thoma, 1978, 22f.). Für ihn liegt das „Wesen psychiatrischer Krankheiten in einer Störung der biologisch-materiellen Bedingung des menschlichen Lebens, [es/S.L.] kommt allen anderen Aspekten höchstens sekundäre Bedeutung zu und rechtfertigt [...] die Gleichsetzung von Wissenschaft mit naturwissenschaftlicher Methodik in der Psychiatrie“ (ebd.). Seelische Einwirkungen wie unglückliche Liebe, Überarbeitung, Misserfolge im Berufsleben sieht Kraepelin niemals als genuin für eine Geistesstörung an, sondern als aus der Erkrankung erwachsen (vgl. Kraepelin, 1918, S. 92).

Für seine Systematisierung sollten in der Befolgung des medizinisch-naturwissenschaftlichen Modells klar umrissene Krankheitseinheiten wie bei der Paralyse erschaffen werden. „Krankheitsursache, Pathogenese, klinisches Bild, Verlauf und Ausgang sowie schließlich das Ergebnis der Obduktion bezeichnen die Glieder einer streng logisch aufgebauten Kette einzelner Befunde“ (Güse; Schmacke, 1976, S. 109). Obwohl man bei der Mehrzahl der psychisch Kranken das Vorgehen, welches bei der Paralyse möglich gewesen war, nicht zum Vorbild nehmen konnte und Kraepelin selbst sagte, dass das Wesen der meisten Geistesstörungen noch in tiefem Dunkel liege (vgl. Kraepelin, 1918, S. 110), hielt er an der naturwissenschaftlichen Begründung der psychiatrischen Erkenntnis fest. Die klinische Erfahrung wurde zur Grundlage unermüdlicher

Systematisierungsversuche: „Die nächste Aufgabe einer klinischen Betrachtung der Geistesstörungen ist die Umgrenzung einzelner Krankheitsformen und deren Gruppierung nach einheitlichen Gesichtspunkten“ (Kraepelin; Lange, 1927, S. 1). Seine Klassifikation von „Krankheiten“ wurde zur Grundlage des späteren Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association, welches noch heute ein maßgebendes Standardwerk der Psychiatrie ist (vgl. Shorter, 1999, S. 167 zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004 S. 179), sowie der internationalen Klassifikation (ICD) der WHO (vgl. Dörner, 2002, S. 485).

3.4.2 Die Entwicklung der Psychiatrie vor und während des Nationalsozialismus

Betrachtet man die Entwicklung der Psychiatrie in dieser Zeit, so muss man diese in der Verflechtung mit der gesellschaftlichen Entwicklung sehen. Laut Güse und Schmacke (1976, S. 329) war die Weimarer Republik „nicht das Resultat einer Revolution, sondern Resultat ihrer Abwehr“. Die Demokratie war nicht stark genug, um auf alle restaurativen Kräfte in Diplomatie, Verwaltung, Universitäten oder im Militär zu verzichten (vgl. ebd.). Die Menschen waren aufgrund der fehlenden Monarchie verunsichert, und es fehlte etwas, das ihnen ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und der Einheit gab. Nun mussten „mehr oder weniger anonyme Mächte, wie das internationale Judentum, soziale Minderheiten oder der Feind jenseits der nationalen Grenzen herhalten; auf sie konnte die Ursache des eigenen Misserfolgs projiziert werden, und ihnen gegenüber konnte man qua negativer Ausgrenzung wenigstens die nationale Identität zurückerlangen“ (ebd. S. 331f.). Hier wurde unter Zuhilfenahme eines Sündenbocks einerseits ein Gemeinschaftsgefühl geschaffen (getreu dem Sprichwort „Nichts eint so gut, wie ein gemeinsamer Feind“) und andererseits wurden jegliche Negativwirkungen der allseitigen Konkurrenz und kapitalistischen Produktionsweise einer „omnipräsenten, aber biologisch fremden und bösen Gegenmacht“ (Kurz, 2001, S. 338) zugeschrieben. Begriffe wie „Rasse“ und „unwertes Leben“ waren Sammelbegriffe für alles, was in irgendeiner Form „missliebzig“ oder „ökonomisch

unbrauchbar“ war. Sowohl unter dem Begriff „Erblichkeit“ oder auch „Rasse“ konnte man alles Unerwünschte los werden (vgl. Dörner, 1967, S. 131).

Zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, also der Arbeitsfähigkeit des Volkes, kam der Medizin ein immer höherer Stellenwert zu. „Breitere Bevölkerungskreise bedurften einer ausreichenden und zugleich kostengünstigeren Versorgung“ (Güse; Schmacke, 1976, S. 339). Mit dem wachsenden Bedarf an medizinischen Dienstleistungen im Allgemeinen wuchs auch der Bedarf und die Anforderung an die psychiatrische Versorgung. Die Menschen, die nach ökonomisch-kapitalistischen Gesichtspunkten unvernünftig -und damit unbrauchbar- waren, wurden an Anstalten übergeben. Dies ging mit einer qualitativen und quantitativen Ausweitung der Aufgaben in der Psychiatrie einher. Die Psychiater wurden in zunehmendem Maße Staatsdiener, was in ihrer Kooperation mit Polizei und Justiz Ausdruck fand. Dies brachte obrigkeitsstaatliches Handeln und Denken sowie autoritär-hierarchische Strukturen in der Psychiatrie hervor. Für Ärzte im Allgemeinen galt, dass sie eine rechts orientierte und nationale Auffassung vertraten, diese jedoch als völlig unpolitisch empfanden. Obwohl das Bild des politisch wertfreien Wissenschaftlers als unablässige Voraussetzung galt, war es trotz allem reine Illusion (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 354). Dies lag vor allem daran,

„dass sich die Psychiatrie im 19. Jahrhundert vorwiegend in den patriarchalisch-autoritären Anstalten mit ihrer finanziellen Abhängigkeit vom Landesherrn abspielte; [...] und schließlich auf Grund der in Deutschland sehr früh und umfassend eingeführten Sozialgesetzgebung, durch die sich für die Medizin die Notwendigkeit ergab, das Kriterium der Arbeitsfähigkeit in ihre Denkweise aufzunehmen (Dörner, 1976, S. 134).

So wurden auch Stimmen laut, ob man denn für chronisch Kranke oder Geisteskranke überhaupt Geld aufbringen sollte, da diese ökonomisch nutzlos seien. „Volk und Nation“ waren die „wahren Individuen“ und diesen gegenüber galt das Schicksal des Einzelnen als wertlos und war, wenn nötig zu opfern (ebd. S. 126). So ist es auch zu verstehen, dass sich Ärzte und Psychiater für die Vernichtung „unwerten Lebens“ einspannen ließen. Das Paradigma, welches Kraepelin aufgestellt hatte, passte hier gut in die politischen Vorstellungen, da es die soziale Situation des Erkrankten außer Acht ließ und sich allein auf Fragen der Veranlagung, Erblichkeit und einseitiger Somatisierung spezialisierte. „Allzu leicht ließ sich der Endogenitätsbegriff zur genetischen Minderwertigkeit umformulieren

und zu rigiden Handlungsanweisungen gegenüber Personen mit andersartigem und auffälligem Verhalten ummünzen“ (Güse; Schmacke, 1976, S. 23).

Die Zustände in den Anstalten waren schlecht. Sie hatten noch immer den Charakter von Massenasylen und waren zum Teil auch in baulichem schlechtem Zustand, was sich in der Zeit des ersten Weltkrieges nicht besserte. Der Psychiater Hermann Simon (1867-1947) gilt als Begründer der modernen Arbeitstherapie, da er aus der Not eine Tugend machend, zum Aufbau der Wartensteiner Anstalt Kranke einsetzte. Er stellte fest, dass „bald eine auffallend günstige Veränderung des ganzen Anstaltsbildes eintrat: es wurde viel ruhiger und geordneter als es vorher gewesen war, und die gewohnten Krankheitsbilder verschwanden allmählich“ (Simon, 1929, S. 10). Die Arbeitstherapie sollte den Kranken wieder zu größerer Leistung bringen, orientierte sich aber hauptsächlich an ökonomischen Prinzipien. Nun wurde die Arbeitstherapie zum legitimen Mittel, um psychiatrische Anstalten möglichst rationell zu betreiben (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 8).

Ab den 1930er Jahren stellten viele Psychiater ihre Patienten als eine gesellschaftliche Gruppe dar, die eine unzumutbare Belastung für den Staat wäre und für die es sich nicht lohnen würde weiterhin Zeit und Geld zu investieren (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 434). Die Theorie des „unwerten Lebens“ wurde also von den Psychiatern mitentwickelt. Der Jurist Binding und der Psychiater Koche dehnten das „Programm der Lebensvernichtung“ nun auch auf „Geisteskranke“, „Schwachsinnige“ und andere Menschen aus. Sie schrieben, Lebensvernichtung sei „in Wahrheit eine reine Heilbehandlung“ und „unverbotenes Heilwerk von segensreicher Wirkung“ (Binding; Hoche 1920, zit. nach Dörner, 1967, S. 134). Entsprechend diesem Gedankengut wurden in der Zeit des Faschismus die Ausgaben der Psychiatrie drastisch gekürzt, Neuinvestitionen wurden unterbunden, Anstalten aufgelöst, Pflegesätze gekürzt. Die verbleibenden Anstalten waren überbelegt, es herrschten schlechte Lebensbedingungen und es gab kaum mehr therapeutische Maßnahmen in jedweder Form (Roer; Henkel, 1996, S. 25). Der Gedanke des „Heilens“ hatte sich schon vor den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts zum „Heilen durch Vernichten“ gewandelt und hatte das Verhalten von Psychiatern mitbestimmt, beispielsweise in der Beteiligung an den Zwangssterilisationen (vgl. ebd.). Ab 1933 wurde die Sterilisierung von als „erbkrank“ angesehen Menschen gesetzlich festgelegt, was zur Reinhaltung und

Aufbesserung der Rasse dienen sollte (vgl. Dörner, 1967, S.129f.). Gerade dieses Mitwirken brachte der Psychiatrie gesellschaftliche Anerkennung und erhöhte ihren Stellenwert als Instrument, welches die Volksgesundheit beschützt (vgl. Roer; Henkel, 1996, S. 25). Heilverfahren der Wahl waren die Lobotomie (chirurgische Durchtrennung von Faserverbindungen der größten grauen Kernmasse des Zwischenhirns), Kardiazolschock, Insulinschock und Elektroschock. Dies wurde mit der Arbeitstherapie nach dem Modell Schneiders kombiniert, die als Heilverfahren verstanden, deshalb natürlich nicht entlohnt wurde. Beim Einsatz der Arbeitstherapie ging es zunächst vornehmlich darum, unerwünschtes Verhalten einzudämmen, später hauptsächlich um ökonomische Gesichtspunkte. Ob ein Kranker noch einen wertvollen Beitrag zur Volkswirtschaft leisten konnte oder nicht, war oft mit einem Urteil über Leben und Tod gleichzusetzen (vgl. Schwietering, 1996, S. 31 zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004, 202). Mit der Zunahme der Brutalität im Umgang mit psychisch Kranken, kam es auch zu einem Wandel der Sicherungsfunktion in der Psychiatrie:

„Ihre Bedeutung als ordnungs- und herrschaftssichernde Institution nahm angesichts der staatlich propagierten Intoleranz gegenüber psychisch Kranken und anderen, dem faschistischen Staat missliebigen Gruppen zu. [...] Die der Psychiatrie innewohnende strukturelle Gewalt entwickelte sich zwischen 1933 und 1945 zu einem bestimmenden Moment der Psychiatrie, auch aufgrund der Zerschlagung aller humanitär motivierten Gegenbewegungen innerhalb und außerhalb der Anstalten.“ (Roer; Henkel, 1996, S. 25f.)

Ab 1939 wurde gezielt begonnen unwertes Leben zur Heilung des Volkskörpers zu vernichten. Wenn der auf seinen ökonomischen Nutzen reduzierte Mensch keine Arbeitsleistung mehr erbringen konnte oder es zu aufwendig war, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, verlor er sein Lebensrecht. Zu diesen Menschen wurden vor allem die gezählt, die an „endogenen Psychosen“ erkrankt waren. „Die theoretischen Überlegungen großer Teile der Psychiatrie wandten sich endgültig ab von der Behandlung der Kranken und konzentrierten sich auf die ‚Ausmerzungen‘ der angeschuldigten Hauptursache, der Erbanlage, durch Internierung, Sterilisierung und physische Vernichtung der Kranken“ (Güse; Schmacke, 1976, S. 434). Zuerst gab es sechs Tötungsanstalten, in denen die Kranken vergast wurden, ab 1941 fand das Töten in vielen staatlichen und kommunalen Anstalten statt (vgl. Buck, 1995, S. 48). Diese Verbrechen (der Zwangssterilisation und der Ermordung erkrankter Menschen) wurden ab 1933

staatlich angeordnet und dienten primär ökonomischen Zwecken: „Drosselung der Anstaltskosten, durch Ermordung der als unproduktiv bewerteten Geisteskranken und Minimierung der Fürsorgekosten durch Unfruchtbarmachung der psychisch Kranken und anderer untauglich diskriminierter Gruppen“ (vgl. Roer; Henkel, 1996, S. 129). Auch wenn die Euthanasie-Aktion aufgrund des Widerstandes eines Teiles der Bevölkerung 1940/41 offiziell abgebrochen wurde, kam es zu einer zweiten Mordphase, durch systematisches Aushungern oder Gabe von Medikamenten in Überdosis (vgl. Roer; Henkel, 1996, S. 56). „Ca. 270.000 Menschen mit Behinderungen wurden in den Jahren 1939-1945 in Deutschland systematisch ermordet – vergast, zu Tode gespritzt, verhungern gelassen“ (Schwietering, 1996, S. 33 zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004, S. 204).

3.4.3 Die Psychiatrie in der Nachkriegszeit und der Fortbestand bisheriger Ansätze

„Die Zerschlagung des Faschismus hätte einen Einschnitt in der Entwicklung der Psychiatrie bedeuten, hätte zur Reflexion der Ursachen der unvorstellbaren Barbarei führen können und im Bereich der theoretischen Konzepte ein völliges Infragestellen aller bisherigen Ansätze ermöglichen müssen. Nichts dergleichen geschah, zumindest nicht innerhalb des Apparates der etablierten Psychiatrie. [...] Die Neuorientierung in Theorie und Praxis blieb aus“ (Güse; Schmacke, 1976 S. 24).

Es kam weder zu einer Diskussion bezüglich Therapie und Genese psychischer Krankheiten noch zu einem Hinterfragen der Struktur psychiatrischer Institutionen (vgl. Wenzl, 1988, S. 33).

„Die Euthanasieverbrechen des dritten Reiches wurden zwar formal zur Kenntnis genommen, das Ausmaß der Verstrickung wie die zugrundeliegenden Bedingungen wurden jedoch noch über Jahre hinweg verschwiegen und verleugnet. Stattdessen ging man zur Tagesordnung über. Das bedeutete vor allem die Wiedereinrichtung der Anstalten in unveränderter Form“ (ebd.).

„Bei Kriegsende war der Zustand der psychiatrischen Krankenversorgung im Gebiet des Reiches desolat. Ein großer Teil der psychiatrischen Krankenhäuser war aufgelöst worden. Die anderen befanden sich in einem beklagenswerten Zustand“ (Finzen; Schädle-Deininger, 1979, S.9). Die deutsche Psychiatrie war im internationalen Ansehen sehr gesunken und es gab kaum junge Menschen die sich dem Fach hätten zuwenden wollen (vgl. ebd. S.10). In den psychiatrischen Krankenhäusern arbeiteten Vertreter der Neurologie oder anderer Fächer, viele

Stellen blieben unbesetzt. Auch befanden sich die Anstalten noch in den Häusern, die im 19. Jahrhundert dazu zur Verfügung gestellt worden waren, z. B. in säkularisierten Klöstern, die häufig von landwirtschaftlichen Betrieben oder ähnlichem umgeben waren, damit die Anstaltsinsassen im Sinne der Arbeitstherapie eine Beschäftigung fanden und die ökonomische Unabhängigkeit der Anstalt erleichtert werden konnte. Damit waren die Anstalten aber auch weiterhin räumlich isoliert. So kann man sagen, dass die Psychiatrie ohne strukturelle, organisatorische oder räumliche Veränderungen bis in die 1970er Jahre Bestand hatte.

Kurt Schneider führte nach dem zweiten Weltkrieg die biologisch-naturwissenschaftliche Ausrichtung der Psychiatrie fort. Seine 1973 erschienene „Klinische Psychopathologie“ gilt auch heute noch als Leitfaden in der klinischen Diagnostik (vgl. Mücke, 1992, S. 142f.). Schneider beharrt auf dem medizinischen Krankheitsbegriff auch gerade in der Psychiatrie. Er führt aus, es gäbe Krankheit nur im Organischen und nur wenn seelisches Leiden auf körperliche, organische Prozesse zurückzuführen sei, dann könne man es als krankhaft bezeichnen (vgl. Schneider, 1962, S. 7 zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004 S. 206). Ihm war zwar bewusst, dass, würde man sich streng daran halten, was man wirklich wisse und beweisen könne, dann wäre der Begriff der Psychose als Begriff einer Krankheit nicht haltbar; dies hielt ihn jedoch nicht davon ab daran festzuhalten. „Die der Zykllothymie und Schizophrenie zugrunde liegenden Krankheitsvorgänge kennen wir nicht. Daß ihnen aber Krankheiten zugrunde liegen, ist ein sehr gut gestütztes Postulat, eine sehr gut begründete Hypothese.“ (Schneider, 1962, S. 8 zit. nach ebd.) Kurt Schneiders Schule dominierte bis in die 1960er Jahre das Paradigma in der Psychiatrie und hatte dabei die Positionen Kraepelins unreflektiert aufgegriffen und verstärkt (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 436).

3.4.4 Die Anfänge einer Paradigmenkrise und die Kritik an den Versorgungsformen in der Anstaltspsychiatrie

Die ersten begründeten Zweifel an der Stimmigkeit des Endogenitätskonzeptes für Psychosen und die Vererbung psychischer Erkrankungen wurden zu Beginn der 1960er Jahre durch Studien dazu in Skandinavischen Ländern und der USA laut. Im

Zusammenhang mit diesen Studien kam es auch zur Analyse der Behandlung in den Anstalten, mit erschreckenden Ergebnissen. Ein großer Teil der Krankheitsbilder, die in den psychiatrischen Anstalten behandelt und therapiert werden sollten, sei durch die hierarchischen und traditionalistischen Strukturen derselben erst geschaffen worden. „Hierdurch wurde besonders eindringlich die herrschende, auf Kraepelin zurückgehende psychiatrische Systematik und Nosologie als patientenfeindlich entlarvt, da sie sich wesentlich auf die eben in diesen Anstalten vorgefundenen Kranken, ihre Symptome und ihre Krankheitsbilder stützte“ (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 29). Deutlich wurde die Fragwürdigkeit des medizinischen Modells mit seiner systematischen Diagnostik auch, weil Cooper 1967 feststellte, dass Patienten mit gleichbleibender Symptomatik bei wiederholter Aufnahme in psychiatrische Kliniken jeweils verschiedene Diagnosen erhalten hatten (vgl. Güse; Schmacke, 1976, S. 29f.). Obwohl mit den Studien eigentlich Handlungsabläufe gefunden werden sollten, die den enormen sozialen und wirtschaftlichen Problemen der psychisch Kranken gerecht werden, so wurde doch die „Ignoranz der herrschenden psychiatrischen Theorie“ den psychisch Kranken und ihrer gesamten Situation gegenüber deutlich (vgl. ebd. S. 30). Im Kontext der aufkommenden Kritik des medizinischen Modells, welches die sozialen Bedingungen ignoriert und alles Geschehen in den Mensch hinein verlegt, forderten viele Sozialwissenschaftler und einige Psychiater eine Abkehr vom medizinischen Modell.

In der BRD gab es noch kein breites Interesse an solchen Gedanken. Selbst in Kliniken, die auch sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Überlegungen zuließen, wie die Heidelberger Klinik, waren Elektroschockbehandlungen ein gängiges Mittel zum Umgang mit psychisch Kranken (Wenzl, 1988, S. 334). Bis in die 1960er Jahre hinein fand Kritik an den gängigen Methoden der Psychiatrie in Deutschland kein Gehör und wurde rigoros unterdrückt (vg. Finzen; Schädle-Deininger, 1979, S. 5). Erst am Ende der 1960er Jahre wurde das Thema von der Öffentlichkeit wahrgenommen, und in den 1970er Jahren kam es dann auch von Seiten einiger Politiker zur Forderung von Reformen. Der Historiker und Germanist Frank Fischer, der als Besucher einer psychiatrischen Anstalt auf die Zustände aufmerksam geworden war, veröffentlichte nach einiger Recherche 1969

sein Buch „Irrenhäuser – Kranke klagen an“, in dem er die Methodik und den Umgang mit psychisch Kranken anprangerte:

„Gefährdung‘ der Umwelt und Selbstgefährdung sind die bestimmenden Inhalte fast aller Unterbringungsgesetze der Bundesländer und damit die einzigen Kriterien, die zu einer unfreiwilligen Einweisung in die Anstalt führen können. Mit diesen Gesetzen gibt die Gesellschaft unverhohlen zu erkennen, dass ihr Interesse an psychisch kranken Mitbürgern nur darauf gerichtet ist, vor ihnen sicher zu sein, nicht aber, ihnen das Recht auf frühzeitige und optimale Behandlung einzuräumen.

Außerdem unterstellen die Gesetzesformulierungen mehr oder minder bewusst, dass jeder ernsthaft an einer psychischen Störung Erkrankte auch stets eine potentielle Gefahr darstellt – eine Auffassung der gar nicht eindringlich genug widersprochen werden kann. [...]

Die Gesellschaft will also Sicherheit vor den psychisch Kranken, die sie ‚Geisteskranke‘ nennt, und diese Sicherheit möchte sie von den psychiatrischen Anstalten garantiert haben – eine Zumutung, die bis heute nicht mit der nötigen Entschlossenheit zurückgewiesen worden ist, entspricht sie doch nur allzu gut dem überkommenen Konzept der Heil- und Pflegeanstalten.“ (Fischer, 1969, S. 41f.)

1970 wurde daraufhin die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) politisch aktiv. Allerdings beschränkte sich deren Kritik auf personelle und finanzielle Missstände (vgl. Güse; Schmacke 1976, S.1). Nun kam es auch zu vermehrter Kritik von Menschen, die selbst in der Psychiatrie tätig waren. Aus dem Mannheimer Kreis, einer Vereinigung sozialpsychiatrisch orientierter Mitarbeiter ging die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hervor, die, laut Güse und Schmacke, konsequente und fachkundige Kritik an der Psychiatrie in Deutschland übte. 1971 kam es zur Gründung der „Aktion Psychisch Kranke“, bestehend aus Mitarbeitern der Psychiatrie und Politikern. Die Durchführung der Psychiatrie-Enquete wurde 1972 dieser Vereinigung übertragen. Dabei handelt es sich um einen Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD, die 1971 vom Bundestag in Auftrag gegeben wurde.

3.4.5 Die Zustände in den Anstalten nach den Berichten der Sachverständigenkommission

Die Lage der Psychiatrie bis in die 1960er Jahre hinein wird von der Sachverständigenkommission wie folgt beschrieben:

„Der Neubau psychiatrischer Krankenhäuser hatte seit der Jahrhundertwende nicht mehr mit der Bevölkerungsentwicklung Schritt gehalten und die Bettenkapazität der einzelnen Anstalten war durch die Schaffung von Erweiterungsbauten weit über jedes vertretbare Maß hinaus angewachsen. Dazu

kam noch die durch den Aufnahmedruck – die Zahl der Aufnahmen vervielfachte sich im Laufe der ersten 20 Jahre nach dem 2. Weltkrieg – erzwungene Aufstellung zusätzlicher Betten; damit war die Umwandlung aller für soziale Aktivitäten vorgesehenen Räume zu Krankenstationen und die oft katastrophale Überbelegung der Abteilungen verbunden. Zusammen mit dem vielerorts herrschenden Personalmangel führte diese Entwicklungen in fast allen psychiatrischen Krankenhäusern zu elenden menschenunwürdigen Lebensbedingungen, denen vor allem die chronisch Kranken ausgesetzt waren.“ (Psychiatrie-Enquete, 1975; zit. nach Finzen; Schädle-Deininger, 1979, S. 84)

Viele Patienten waren in den Anstalten eingeschlossen und zwei Drittel der Betten waren von chronisch Kranken belegt, die dort über viele Jahre, in manchen Fällen Jahrzehnte lebten. Der einzige Lebensraum für diese Menschen war die Anstalt, und dies ohne auch nur ein wenig Raum für persönliche Dinge, da die meisten nicht einmal über einen eigenen Schrank oder Nachtschrank verfügten. Die Schlafräume fassten 10, teilweise 20 Betten, es herrschten unzumutbare sanitäre Verhältnisse und über 30% der Gebäude stammten aus der Zeit vor 1900 (vgl. Zwischenbericht 1973 zit. nach ebd. S. 113f.).

Die Anstaltsinsassen wurden unter dem Deckmantel der Arbeitstherapie beschäftigt, was jedoch nicht nach therapeutischem Nutzen geschah, sondern nach wirtschaftlichen Interessen der Einrichtung. Z. B. wurde errechnet, dass 1971 in der Anstalt Weinsberg 94 Planstellen nötig wären, würden diese nicht von den Patienten mit ihrer Arbeitskraft ausgefüllt (vgl. Schwietering, 1996, S. 34f. zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004, S. 214). Der Direktor dieser Einrichtung hatte in den 1970er Jahren selbst festgestellt, dass, würde eine Grippeepidemie unter den Anstaltsinsassen ausbrechen, die Versorgungsbetriebe der Einrichtung zusammenbrechen würden (vgl. Finzen; Schädle-Deininger, 1979, S. 58).

3.4.6 Empfehlungen für die Umstrukturierung der Psychiatrie durch die Sachverständigenkommission

Schon im Zwischenbericht von 1973 fordert die Sachverständigenkommission „Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“ (zit. nach ebd. S.51). Dies beinhaltete vor allem die Beseitigung der baulichen Mängel durch Renovierung und Umbau, Verbesserung der sanitären Anlagen, Bereitstellung von Schränken und Nachtschränken, damit die Kranken Raum für persönliche Sachen haben und faire Entlohnung für geleistete Arbeit der Patienten. Auch wenn dies, so die Kommission, nur die schlimmsten Mängel beheben würde. Weiterhin wäre die

psychiatrische Krankenhausversorgung ein Teilgebiet der Medizin und sollte auch als solche behandelt werden. „Dem seelisch Kranken muss prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden“ (Zwischenbericht 1973 zit. nach ebd. S. 53). Auch aufgrund der neueren Forschungsergebnisse, die besagen, dass ein längerer Krankenhausaufenthalt bei der Wiedereingliederung chronisch Kranker eher negative Auswirkungen hat und dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung psychischer Krankheiten eine größere Rolle als bisher angenommen spielen, kam die Kommission zu dem Entschluss, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung neu orientieren müsse und ein Bedürfnis nach Psychotherapie im weiteren Sinne auch für einen stationären Aufenthalt vorhanden sei (vgl. Finzen; Schädle-Deininger, 1979, S. 123).

Außerdem solle die psychiatrische Versorgung langfristig neu geordnet werden, um psychische Erkrankungen frühzeitig als solche erkennen und ihren Verlauf positiv beeinflussen zu können. Dazu müssen ambulante und teilstationäre Einrichtungen geschaffen werden, um die Notwendigkeit stationärer Aufenthalte zu verringern und die Herausnahme der Erkrankten aus ihrem Lebensraum zu vermeiden (vgl. ebd. S. 128). Falls es doch zu einer stationären Unterbringung kommt, sollen alle Voraussetzungen geschaffen werden (baulicher, organisatorischer und personeller Art), damit diese dem Menschen in seiner Situation auch zur Hilfe reichen können (vgl. ebd.). Um dies zu erreichen, wurde empfohlen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Erziehung sollte nach Zusammenhängen für die Entstehung psychischer Erkrankung und deren Präventionsmöglichkeiten gesucht werden, wobei dies eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft sei, noch vor den psychotherapeutischen Diensten. Zudem sollte die Bevölkerung aufgeklärt und die Berufsgruppen, die als erste mit Auffälligkeiten konfrontiert sind, dahingehend geschult werden, diese zu erkennen und darauf reagieren zu können. Es wurde angeregt die Gründung von Selbsthilfegruppen zu fördern und Hilfen von Seiten sozialtherapeutischer, pädagogischer und beratender Dienste auszuschöpfen. Diese Dienste kommen nicht umhin sich alle zu vernetzen, um dem Hilfesuchenden ohne größeren Aufwand die zu ihm passende Versorgung zu ermöglichen (Prinzip der umfassenden und bedarfsgerechten

Versorgung). Alle diese Dienste sollten in der Gemeinde oder zumindest in der Nähe sein (Prinzip der gemeindenahen Versorgung). Laut der Sachverständigenkommission sei es zudem ratsam, dass nach dem Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste, die psychosomatisch/psychotherapeutischen, psychiatrischen Dienste miteinander, und dazu auch mit den sonderpädagogischen, psychologischen und sozialen Diensten gemeinsam ihren Aufgaben nachgehen (vgl. ebd. S. 128 ff.).

Weiterhin sollten die psychiatrischen Abteilungen an die allgemeinen Krankenhäuser angegliedert und verkleinert werden. Diese dürften dann nur noch maximal 600 Betten aufweisen und als Mittelpunkt eines Einzugsgebietes nur ein Teil verschiedener Dienste in dem Versorgungsgebiet sein. So können ambulante Dienste, teilstationäre Einrichtungen, Wohnheime, beschützende Werkstätten und beschützende Wohnangebote und Rehabilitationseinrichtungen bereitgestellt werden (vgl. ebd. S. 54 und 147).

Dass die Umsetzung dieser Empfehlungen über Jahre hinweg geschehen musste, war der Sachverständigenkommission laut Finzen und Schädle-Deiniger (1979) klar, auch dass die Betroffenen, die unter den Umständen litten, sich entsprechend gedulden müssten. Problematisch ist, dass die Kommission den inneren Strukturen der Psychiatrie kaum Beachtung schenkte. Finzen und Schädle-Deiniger halten dazu fest:

„Es ist schließlich Angelegenheit der Psychiatrie, die weithin noch feudalen Strukturen, die sich innerhalb der Krankenhäuser in den Beziehungen zwischen den Ärzten und Pflegern, Pflegern und Patienten niederschlagen, durch sachgerechte Organisationsprinzipien und Kommunikationsformen zu ersetzen. Geschieht das nicht, wird es weiterhin nicht möglich sein, vorhandene Planstellen zu besetzen, allgemein moderne Behandlungsprinzipien anzuwenden und die Therapeutischen Möglichkeiten der gegenwärtigen Psychiatrie selbst innerhalb der Grenzen der oben geschilderten ‚brutalen Realität‘ auszuschöpfen“ (ebd. S. 58).

3.4.7 Die Auswirkungen der Psychiatriereform

Keupp (1998, S. 71) sagt, dass die Reform, kaum in Bewegung gekommen, auch schon wieder abgebrochen oder rückgängig gemacht worden war. Die Gesetze, die notwendig gewesen wären, um die Empfehlungen der

Sachverständigenkommission umzusetzen, kamen 1979 aufgrund finanzieller Überlegungen nicht zustande. Auch wurde der technokratische Ansatz der Psychiatrie-Enquete kritisiert- das medizinische Krankheitsmodell blieb Leitmodell für das Verständnis psychischer Erkrankung (vgl. Keupp, 1988, S. 76). Wenzl hebt als positiv hervor, dass gemeindenaher und ambulanter Versorgung der Vorrang gegeben wurde, da der Patient im stationären Aufenthalt losgelöst von „seinen persönlichen Zusammenhängen, Beziehungen und Ressourcen“ gesehen wird (1988, S. 339). Die gemeindenahere Versorgung mit ihren ambulanten Diensten, die vorrangig soziotherapeutisch und milieutheraeutisch ausgerichtet waren, war jedoch eine bloße Ergänzung zu den stationären Diensten, bei denen Neuerungen im therapeutischen Bereich keinen Zugang gefunden hatten (vgl. Finzen, 1998, S. 29). Hinter dem Wunsch, die Verweildauer zu verkürzen, standen durchaus auch finanzielle Interessen: „Der stationäre Dienst soll zukünftig nur für jene Patientengruppe verfügbar sein, die dieser speziellen, aufwendigen und teuren Behandlung eindeutig bedürfen“ (Psychiatrie-Enquete, 1975 zit. nach Finzen; Schädle-Deininger, 1979, S. 146). Dies führte dazu, dass Langzeitpatienten in Pflegeheime ausgelagert wurden. Die Unterbringung in Heimen unter freier oder privatwirtschaftlicher Trägerschaft verschlechterte die Lebensbedingungen der Patienten zumeist (vgl. Spieker, 2004, S. 44). Die Reduzierung der Betten in den Krankenhäusern wird also durch die Ausgliederung der Langzeitpatienten in Heime und durch die Verkürzung der Verweildauer erreicht. Eine kurze Verweildauer kann jedoch nur ermöglicht werden, wenn die Symptomatik des Betroffenen eine Entlassung zulässt. Dies soll durch die sofortige Gabe von Psychopharmaka ermöglicht werden. Die Frage, ob diese Behandlungsmethode, welche die Auffälligkeiten und die Symptomatik des Betroffenen erst einmal dämpft und unterdrückt, in jedem Fall die richtige ist, wird nicht gestellt. Die Bestrebung, die Verweildauer zu verkürzen, zeigt einerseits finanzielle Interessen; Güse und Schmacke führen hierzu aus, dass „[...]Rentabilitätsüberlegungen in der Geschichte der Psychiatrie bis heute Ausgangspunkt zu Veränderungsplänen gewesen sind“ (1976, S. 9). Andererseits ist es auch ein Eingeständnis dafür, dass ein stationärer Aufenthalt für den Betroffenen nicht nur Hilfe bedeutet, sondern auch mit Risiken einhergeht und Nachteile mit sich bringen kann. Um den Patienten in die ambulante Versorgung zu entlassen, schlägt z. B. der Psychiater

Schindler (1982, S. 189) vor, die entsprechenden Psychopharmaka in einer langwirkenden Depot-Form, die im Abstand von mehreren Tagen oder Wochen verabreicht wird, zu geben. „Man kann solcherart die stationäre Zeit auch bei Patienten verkürzen, bei denen man annehmen muß, dass sie die perorale Empfehlung nach Verlassen der Station nicht mehr einhalten werden“ (ebd.). Hierbei wird deutlich, dass der erkrankte Mensch nicht mehr in der Klinik gehalten werden muss, wenn seine Symptomatik durch die Medikamente soweit „unter Kontrolle“ gebracht worden ist, dass er nicht mehr störend auffällig ist. Mangelt es an der ‚Compliance‘ (Krankheitseinsicht und Einnahmezuverlässigkeit), dann kann ihm das Medikament in Depot-Form verabreicht werden. Sollte er jedoch nicht mit dem chemischen Unterbinden seines „Störens“ einverstanden sein, „so sind erneut die stationären Mauern das Mittel der Wahl“ (Kampmann; Wenzel, 2004, S. 323).

Die Lage in den 1980er Jahren beschreibt Wenzl folgendermaßen:

„Statt einer wirklichen Umstrukturierung liegt der Schwerpunkt weiterhin im stationären Bereich. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass die Enquete-Kommission innerhalb ihres Reformkonzepts die Situation der chronisch Kranken völlig ignoriert hat. [...] Statt die psychiatrischen Großkrankenhäuser – wie 1979 von der DGSP gefordert wurde – aufzulösen, wurden Millionenbeträge zu ihrer ‚Modernisierung‘ durch Neubauten ausgegeben“ (1988, S. 339).

Der Schwerpunkt liegt also weiterhin in der stationären Versorgung. Es gab zwar, vor allem nach 1985 durch die „Blaue Karawane“, bei der Therapeuten und Patienten durch die verschiedenen Anstalten und Kliniken zogen, um die dort praktizierte Psychiatrie dingfest zu machen, einige wenige Versuche, die Versorgung psychisch Kranker psychotherapeutisch und sozialpsychiatrisch auszurichten, diese waren jedoch die Ausnahme und konnten sich der traditionellen Herangehensweise gegenüber nicht durchsetzen. Zumal die offizielle Psychotherapieausbildung Psychologen und Ärzten vorbehalten und nur auf die Behandlung von Neurosen bezogen war, nicht jedoch für Menschen mit der Diagnose einer Psychose (ebd. S. 341). Wenzl hält auch weiterhin fest, dass viele Patienten nicht wirklich behandelt, sondern unter teilweise unerträglichen Bedingungen verwahrt würden. Auch wenn sich die Atmosphäre in den Kliniken geändert hätte, so wären doch die Strukturen noch die gleichen. Gewalt, z. B. durch Fixierung, könnte in diesem Umfeld gar nicht vermieden werden (ebd. S. 343). Auch in den psychiatrischen Abteilungen normaler Krankenhäuser stünden das

medizinische Krankheitsmodell und die Vorstellungen Kurt Schneiders Pate. Die Gabe von Psychopharmaka sei weiterhin Basis der psychiatrischen Versorgung, und dies nicht unbedingt im Rahmen therapeutischer Behandlung, sondern vielmehr um eine Ruhigstellung der Patienten zu erreichen, die aufgrund von Personalmangel notwendig sei (vgl. ebd.). Es hätte sich grundsätzlich erwiesen, dass eine Kriseninterventionsstation und kleinere zusätzliche stationäre Einrichtungen ausreichend wären, um eine stationäre Versorgung sicherzustellen. Dies müsse aber damit einhergehen, dass die Umstrukturierung von stationärer zu ambulanter Betreuung unter Beibehaltung der personellen Ressourcen stattfindet. Dem stünde jedoch die gegenwärtige Struktur des Gesundheitswesens entgegen (vgl. ebd.). Wenzl hält fest, dass jegliche Umstrukturierung nur unter Einbeziehung der in der Psychiatrie Tätigen, der Betroffenen und deren Angehörigen sinnvoll sein könne (vgl. ebd. S. 344).

Ab den 1990er Jahren kam es zu einem Verlust des Einflusses der Sozialpsychiatrie, sie habe laut Finzen (1998, S. 33) keine Visionen mehr. Die biologische Psychiatrie bekam umso mehr Auftrieb durch die neuen biochemischen Verfahren und die Entwicklung der Computertomographie und der Positronen-Emissionstomographie, die es ermöglichte, die Funktionsweise des Gehirns und damit verbunden die Wirkungsweise der inzwischen etablierten Psychopharmaka zu erforschen (vgl. ebd.). Mit dieser Wende sei das Verständnis, dass Erkrankungen „in Art, Ausmaß und Umfang nicht ohne Einbezug des sozialen Umfeldes begriffen und auch nicht wirksam bekämpft werden können“ in den Hintergrund getreten (vgl. ebd. S. 61).

Schon seit Mitte der 1980er Jahre war eine Tendenz der Biologisierung des Sozialen zu beobachten, was sich z. B. in einer Diskussion um die genetische Determinierung von Intelligenz zeigt (vgl. ebd. S. 63). Finzen (1998, S. 62) erachtet das Soziale als einen Teilaspekt psychischer Krankheit. Allerdings nur in dem Umfang, dass soziale Faktoren das Krankheitsverhalten des Betroffenen und die Reaktion seiner Angehörigen dahingehend beeinflussen, ob die Kranken ihre Medikamente regelmäßig nehmen und ob sie wissen, was in einem Rückfall zu tun sei (vgl. ebd.). Dass soziale bzw. gesellschaftliche Umstände, zu denen sich der Patient verhält, zumindest mitverantwortlich für das als Krankheit definierte Verhalten und Empfinden desjenigen sein könnten, wird keine Beachtung

geschenkt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass das „soziale Milieu“ den Mensch soweit bestimmt, dass ihm auch in der Behandlung nur bestimmte Eigenschaften oder Verhaltensweisen möglich sind. Wenn in der psychiatrischen Behandlung keine gemeinsame Basis zwischen Patient und Therapeut gefunden wird, wenn es nicht möglich ist einander zu verstehen, muss dieses Problem nicht auf die Art der Therapie, Behandlungsform oder die Bedingungen der institutionellen Strukturen zurück geführt werden und diese müssen nicht hinterfragt werden, denn es liegt ja in den Eigenschaften des Menschen, die er aufgrund seines sozialen Hintergrundes hat, dass es zu einem Nichtverstehen kommt (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 331).

4. Derzeitige Vorstellungen von Psychischen Erkrankungen sowie angemessener Behandlung und Hilfe

Seit den 1960er Jahren ist der biologische Forschungsansatz bestimmend in der Psychiatrie. Hierbei geht es um die Klärung neuropathologischer, genetischer, neurochemischer und neurophysiologischer Zusammenhänge. Ziel ist es, die biologischen Grundlagen psychischer Erkrankung zu erforschen und dadurch bessere Therapiemöglichkeiten zu entwickeln (vgl. Möller; Laux, 2009, S. 14).

Laut Tölle (1996, S. 28) hat Kraepelin mit seinen Systematisierungsversuchen erstmals ein überzeugendes Einteilungsprinzip für psychische Erkrankungen geschaffen. Diese triadische Einteilung umfasst unter den „endogenen Psychosen“ affektive Psychosen und Schizophrenien. Unter den organisch begründbaren psychischen Störungen werden Psychosen, Demenzen und Psychosynndrome zusammengefasst, bei denen Hirnfunktionsstörungen oder Hirnschädigungen nachgewiesen wurden. Und unter psychoreaktiven Störungen werden Neurosen sowie psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörungen verstanden. Allerdings seien von diesen drei Gruppen nur die organischen Störungen ätiologisch gut zu definieren. Außerdem seien bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen meist mehrere Auslöser wirksam. Eine endogene Psychose würde beispielsweise nicht unbeeinflusst von der Lebenssituation und -geschichte entstehen.

„Daher können Begriffe wie endogen, organisch, psychoreaktiv, nicht ein nosologisches System begründen. Die triadische Einteilung der seelischen Krankheiten (Kraepelin 1899) ist nicht mehr aufrechtzuerhalten. Wohl aber wird durch diese Überlegungen eine Gliederung der vielfältigen Entstehungsbedingungen psychischer Störungen möglich: Faktoren der Erbllichkeit und erworbenen Konstitution, organische Bedingungen infolge direkter oder indirekter Hirnschädigung, Einflüsse der psychischen Entwicklung und Lebenssituation. Viele Krankheitsbilder lassen sich nur erklären, wenn alle drei Aspekte berücksichtigt werden“ (ebd.).

Es gäbe aber noch kein anderes überzeugendes System und eine Einteilung der Erkrankungen in ein Klassifikationssystem oder Diagnoseschema sei laut Tölle aus verschiedenen Gründen unerlässlich (vgl. ebd. S. 29). Durch diese sollen einheitliche Bezeichnungen für beschreibbare Krankheitsbilder erstellt werden, wobei nur gut operationalisierbare und leicht erkennbare Merkmale (sog. Verhaltensmerkmale) als Kriterien zugelassen sind um einen weitreichenden Konsens zu ermöglichen. Bei der Klassifikation werden biographische, psychodynamische und subjektive Befunde nicht berücksichtigt (vgl. ebd.). Tölle sieht eben diese Befunde, die bei der Klassifikation außen vor bleiben, für eine psychiatrische Untersuchung als relevant an. Denn aus diesen Befunden werde die (meist zuerst vorläufige) Diagnose gebildet, auf deren Grundlage die Therapieindikation abgeleitet würde (vgl. ebd. S. 30). Trotz dieser Unterschiede würden Diagnose und Klassifikation zusammenhängen. In die individuelle Diagnostik flössen immer auch verallgemeinerte wissenschaftliche Erfahrungen ein und auch wesentliche Beobachtungen aus der klinischen Diagnostik wären schon in die Klassifikation eingegangen. Es sei jedoch falsch die Kategorien der Klassifikationssysteme als diagnostische Hilfe zu benutzen. Denn Klassifikation statt Diagnose würde unweigerlich zu Fehldiagnosen und damit einhergehend zu Fehlbehandlungen führen. Dies würde bedeuten die Patienten mit einem psychiatrischen Etikett abzustempeln (vgl. ebd.).

Eine möglichst genaue Diagnose, Kenntnis der Krankheiten und eine sorgfältige Untersuchung seien die Voraussetzungen für eine Behandlung, wobei die Einstellung des Arztes wesentlich sei. Diese solle patientenorientiert sein und nicht nur die Methodik beachten. Auch die Angehörigen des Patienten, die ebenfalls Leidende seien, sollen hier Beachtung finden (vgl. ebd. S. 318). Tölle benennt ein psychotherapeutisches Basisverhalten als wichtige Grundlage: „Der Arzt und jeder Mitarbeiter begegnen dem Kranken grundsätzlich und immer, unabhängig von der Art der Behandlung im einzelnen, psychotherapeutisch, indem er ihn als einen

Menschen mit Problemen und Konflikten, persönlichen Nöten und auch Ansprüchen an den Therapeuten zu verstehen und zu akzeptieren versucht“ (vgl. ebd. S. 318). Weiterhin sollen die Patienten in der stationären Behandlung ein wohnliches Umfeld vorfinden, Anregungen bekommen und Freiheiten haben. Freizeitgestaltung, Arbeit und Beschäftigung seien in einer humanen Atmosphäre anzubieten (vgl. ebd. S. 319). Diese Angebote seien umso hilfreicher, wenn sie weniger als Therapieform gesehen, sondern tatsächlich als etwas Normales und Gesundes angeboten würden.

Laux definiert als Ziel der Therapie „Besserung, Heilung und Rückfallverhütung von psychischen Störungen“ (Laux, 2009, S. 468). Seiner Ansicht nach basiert Therapie auf drei Pfeilern:

- biologisch-somatische Therapieverfahren (vor allem die Psychopharmakotherapie)
- Psychotherapie und
- Soziotherapie.

Diese drei Pfeiler stehen nach Laux auf folgender Grundlage:

„Basis der psychiatrischen Therapie ist das ärztliche, personenzentrierte, zeitaufwendige (!) Gespräch mit einer psychotherapeutischen Grundhaltung im Sinne der ‚psychosomatisch‘ orientierten ‚sprechenden‘ Medizin. Ausgehend von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese psychischer Erkrankungen umfasst die Behandlung im Allgemeinen eine Kombination der drei genannten Therapieformen im Sinne eines integrierten Gesamtbehandlungsplans.“ (ebd.)

Tölle vertritt die Meinung, dass Psychiatrie ohne Somatotherapie genauso wenig denkbar wäre, wie ohne Psychotherapie (vgl. Tölle, 1996, S. 341). Und Laux meint dazu: „Art und Stadium der vorliegenden psychiatrischen Erkrankungen sind ausschlaggebend dafür, ob der Schwerpunkt bei somato-/pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen oder soziotherapeutischen Behandlungsverfahren liegt“ (Laux, 2009, S. 468). Bei mangelnder Krankheitseinsicht, sei in einigen Fällen eine Behandlung und Unterbringung des Kranken entgegen dessen Willen unumgänglich. Auch eine gesetzliche Betreuung könne in diesem Zusammenhang notwendig werden (vgl. ebd. 469).

4.1 Die Besonderheiten des ärztlichen Gesprächs in der psychiatrischen Behandlung

Da sich der Arzt im Gegensatz zur Somatik hauptsächlich an dem orientieren müsse, was ihm der Patient mitteilt, steht laut Möller (Möller; Laux, 2009, S. 8 f.) das ärztliche Gespräch im Zentrum aller therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen. Dabei sei es wichtig, auch das Verhalten, Mimik und Gestik zu beobachten, da so Verhaltensauffälligkeiten (als Krankheitssymptome) zu erkennen wären. Für viele Menschen sei es schwer, sich aufgrund ihrer psychischen Beschwerden an einen Arzt zu wenden, da psychische Erkrankung noch immer mit einem Stigma belegt sei und von der Umwelt kaum verstanden würde. Also würden sie versuchen, ihre Wahrnehmungen und Wahnideen so lange wie möglich für sich zu behalten, und denken nicht daran, dass es nicht immer um mangelnde Bewältigung der Lebensumstände gehe, sondern sich hinter den Symptomen häufig eine ernsthafte Erkrankung verberge (vgl. Möller, 2009, S. 20). Daher sei es wichtig, das psychiatrische Gespräch besonders feinfühlig und behutsam zu führen. Gleichzeitig dürfe jedoch nicht vergessen werden, dass neben Trost und Beratung auch alle Informationen, die für eine Diagnosestellung notwendig sind, eruiert werden müssen, denn nur so könne im Anschluss die passende Behandlungsmethode gefunden werden (vgl. ebd.). Objektive Analyse und verständnisvolle Zuwendung sollen miteinander verbunden sein.

4.2 Psychiatrische Pharmakotherapie und andere körpertherapeutische Techniken

Die Psychopharmakotherapie mache mittlerweile in der Psychiatrie den größten Teil der körpertherapeutischen Behandlungsmethoden aus (vgl. Dörner et al. 2009 S. 565; Laux, 2009, S. 468). Laux und auch Tölle sehen es, wie schon angeführt, als notwendig an, dass sich durch eine psychotherapeutische Grundeinstellung des Arztes eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt, nur so könne eine sachgerechte Psychopharmakotherapie erreicht werden (vgl. Laux, 2009, S. 471; Tölle, 1996, S. 318). Oft werde ein optimales Therapieergebnis nur durch eine Verbindung von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie ermöglicht. Es sei

weiterhin wichtig den Menschen mit seinen individuellen Problemen kennen zu lernen. Seine Probleme könnten Ausdruck oder aber auch (Mit-)Auslöser der Erkrankung sein. Außerdem könnten die Motivationslage, der soziale Kontext, Persönlichkeitsfaktoren, andere Ausgangsbedingungen und situative Faktoren für die Effekte der Psychopharmaka von Bedeutung sein (vgl. Laux, 2009, S. 471 ff.). Da vor allem Lithium, Neuroleptika und Antidepressiva häufig über einen längeren Zeitraum eingenommen werden müssten, sei es von eminenter Bedeutung, eine hohe Compliance (Einnahmезuverlässigkeit) herzustellen. Dies könne über eine ausführliche Nutzendarlegung, Darstellung der möglichen (harmlosen) Nebenwirkungen, einfache Verordnungspläne und gutes ärztliches Führungsverhalten geschehen (vgl. ebd. 474).

Die Psychopharmakotherapie wirke sich positiv auf die Psychotherapie aus, da sie durch die Besserung der Symptomatik erst therapiefähig mache. Auch die Symbolkraft des Medikamentes sei hilfreich (vgl. ebd. 478).

Eine unsachgemäße und unkritische Verordnung der Psychopharmaka entspreche einer „verordneten Anpassung“, einer „Pillenkeule“ oder einer „chemischen Zwangsjacke“ (ebd. S. 472). Dennoch würden die Psychopharmaka heute zu den meist verschriebenen Medikamenten zählen und von allen Ärzten *routinemäßig* [Hervorheb. S. L.] eingesetzt (ebd.). Zu der Gruppe der Psychopharmaka gehören alle Medikamente, die zentralnervöse Regulationen beeinflussen könnten und so psychische Funktionen verändern würden.

Die größte Schwierigkeit bei der Psychopharmakotherapie ist, laut Laux, die exakte psychiatrische Diagnostik und damit die Indikationsstellung.

„Erschwerend kommt hinzu, dass sich aus einer Präparatevielfalt, die selbst dem Psychiater eine jederzeit aktuelle Übersicht schwer macht, diffuse unklare Indikationsstellungen und eine psychopharmakologische Polypragmasie ergeben können. Verbreitet ist auch der Irrtum, die Pharmakopsychiatrie sei im Gegensatz zur Psychotherapie eine recht einfach und schnell erlernbare Disziplin.“ (ebd. S. 473)

Andere körpertherapeutische Verfahren, die in der Psychiatrie Anwendung finden, sind die Lichttherapie, Schlafentzugsbehandlung, Elektrokrampftherapie und Physiotherapie. Zu letzterer gehört die Sporttherapie, aber auch Massagen, Bäder und Schwimmen. Hier solle sich der Patient selbst betätigen und aktivieren können, Muskelverspannungen sollen gelöst und psychovegetative Labilität verbessert werden (vgl. ebd. S. 507 ff.).

Die Lobotomie bzw. Leukotomie als chirurgische Verfahren, die sich in den 1930er großer Beliebtheit erfreut hatten, würden keine Rolle mehr spielen. „Allerdings könnte aufgrund neuer Möglichkeiten und Erkenntnisse (mikrochirurgische Laseroperationstechniken, Gewebetransplantationen z. B. bei Parkinsonkranken) die Diskussion um derartige Interventionen wieder neu belebt werden“ (ebd. S. 510).

Die Lichttherapie würde häufig in Verbindung mit Psychopharmaka eingesetzt, um vor allem saisonal bedingte (Herbst/Winter) Depressionen zu behandeln. Hier wird der Patient ca. eine Woche lang jeden Tag drei Stunden vor einen besonderen Beleuchtungskörper gesetzt, in dessen Licht er jede Minute für einige Sekunden blickt. Das Licht wirkt sich hier stimmungsaufhellend aus, wie diese Art der Therapie genau wirkt, sei jedoch noch ungeklärt (vgl. ebd. S. 509; Tölle, 1996, S. 364).

Die Schlafentzugsbehandlung wurde empirisch gefunden und nicht aus der Forschung heraus entwickelt (vgl. Laux, 2009, S. 508). Die Behandlung erfolge, indem dem Patienten die ganze Nacht oder ab 1 Uhr Nachts der Schlaf entzogen würde. Erst in der nächsten Nacht dürfe der Patient wieder schlafen, jedoch nicht zu lang. Danach käme es für ein bis zwei Tage zu einer Stimmungsaufhellung, die aber nicht lang anhielte, daher würde diese Behandlung in der Akuttherapie ein- bis zweimal pro Woche durchgeführt, auch in Verbindung mit der Gabe von Psychopharmaka. Dies hätte sich bei depressiven Syndromen der Schizophrenie und bei endogenen Depressionen als wirksam erwiesen (vgl. ebd.).

Bei der Elektrokrampftherapie würde unter kontrollierten Bedingungen durch die elektrische Stimulation des zentralen Nervensystems ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst (vgl. ebd., S. 509 f.; Tölle, 1996, S. 361). Auch hier sei die genaue Wirkungsweise noch nicht geklärt. „Eine psychopathologische Interpretation besagt, dass die Krampfbehandlung der psychotischen Symptomatik gleichsam den Boden entziehe, also ein ‚Nichthabenkönnen‘ der Psychose bedinge“ (Tölle, 1996, S. 362).

Geht man davon aus, dass die psychotischen Symptome eine Botschaft des Unbewussten an das Bewusste beinhalten (siehe 7.), ist dieses „Nichthabenkönnen“ verständlich. Der Körper muss sich aufgrund der Störung durch die Einleitung eines Fremdstromes in den Körper zuerst um die physische

Gefahr bzw. in dem Fall um die physikalische Wiederherstellung des Systems kümmern, dies geht, um den Organismus am Leben zu erhalten, vor, sind diese Störungen beseitigt und die „normale Ordnung“ wiederhergestellt, geht das Unbewusste erneut dazu über, seine Botschaft an das Bewusste zu senden. Vor diesem Hintergrund verwundert es auch nicht, dass die Wirkung der Elektrokrampftherapie nicht lange anhält.

Laut Laux (Laux, 2009, S. 509) soll sie „[...] in der Regel dreimal pro Woche erfolgen [...]. Insgesamt werden sechs bis zwölf Einzelbehandlungen durchgeführt.“ Durch die heutige Durchführung unter Narkose und mit Sauerstoffbehandlung sei die Elektrokrampftherapie völlig ungefährlich, und Nebenwirkungen wie Verwirrtheit und Gedächtnisstörungen würden innerhalb weniger Tage abklingen (vgl. ebd. S. 510). Tölle (1996, S. 362) gibt an, dass es in seltenen Fällen auch zu einer Störung der Gedächtnisleistung über Wochen hinweg kommen könne, allerdings könne dies auch mit der Depression zusammenhängen.

4.3 Die Psychotherapie

Laux versteht unter Psychotherapie „die Behandlung von psychischen und körperlichen (psychosomatischen) Störungen und Krankheiten durch gezielten Einsatz von psychologischen Techniken (Behandlung mit seelischen Mitteln) unter bewusster Nutzung der Beziehung zwischen Arzt/Therapeut und Patient“ (Laux, 2009, S. 511). Um dem individuellen Bedarf gerecht zu werden, solle eine Vielzahl von psychotherapeutischen Methoden zur Verfügung stehen und entsprechend würden in Klinik und ambulanter Versorgung mehrere Psychiater mit unterschiedlicher Arbeitsweise zusammenarbeiten (vgl. Tölle, 1996, S. 341). Welches Vorgehen in Frage käme hänge von Faktoren wie der klinischen Symptomatik, der psychosozialen Situation, der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und dem Bedingungsgefüge der Erkrankung und Zielsetzung zusammen (vgl. ebd. S. 340). Durch die Psychotherapie werde meist eine Verbesserung der Compliance des Patienten erreicht. Außerdem könne sie zu Entspannung und Entlastung des Patienten führen und so die Psychopharmakotherapie günstig beeinflussen (vgl. Laux, 2009, S. 478).

4.4 Die Soziotherapie

Die Soziotherapie stellt laut Deister (Deister, 2009, S. 548) die „dritte Säule psychiatrischer Therapie dar.“ Sie beinhalte verschiedene Therapieverfahren. Jede Behandlungsform, die sich hauptsächlich auf das soziale Umfeld des Betroffenen konzentriert, würde als eine Form der Soziotherapie verstanden. Berufliche und soziale Rehabilitation gehöre ebenfalls dazu.

Von Bedeutung seien Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie, aber auch Kunst-, Musik- und Sporttherapie, Bildung und Unterricht sowie physikalische Maßnahmen. Soziotherapie schließe ‚Selbsthilfe‘, Konzepte der Milieuthherapie und Trainingsprogramme ein (vgl. Deister, 2009, S. 554f.). Die Soziotherapie arbeite eher im sozialen Feld des Erkrankten, in seinem Alltag. „Psychiatrische Soziotherapie will die Lebensverhältnisse der Kranken verbessern, insbesondere in den Bereichen des Wohnens, des Arbeitens und auch der Freizeit.“ (Tölle, 1996, S. 321)

Laut Tölle sei es wichtig, dass es sich bei der Arbeitstherapie nicht um ein Tun-als-ob handle, sondern wirkliche Arbeit verrichtet würde. Die Frage welche Arbeit für den Patienten infrage kommt, solle dem Befinden desjenigen angepasst werden, dem sie nützen soll (vgl. ebd. S. 319). Im Gegensatz dazu gehe es bei der Ergo- bzw. Beschäftigungstherapie eher um die Freude daran, etwas aus eigener Kraft und Kreativität heraus zu erschaffen. Dies fördere die Eigeninitiative und stärke gesunde Kräfte. Zur Ergotherapie gehöre neben künstlerischem Gestalten und Handarbeiten auch das Üben alltäglicher Aufgaben (vgl. ebd. S. 320).

5. Empirische Untersuchung

5.1 Wahl der Methode und praktische Durchführung

Der Fragebogen umfasste 13 Fragen. Zuerst wurden dabei allgemeine Angaben erfragt, danach folgten Fragen zum Aufenthalt in der Klinik. Einerseits wird nach objektiven Behandlungsmethoden gefragt, andererseits nach dem subjektiven Empfinden des Betroffenen. Ich habe die Fragebögen in verschiedenen (siehe 2.4) Einrichtungen ausgegeben. Zuerst in der Kontakt- und Beratungsstelle des V.I.P. Chemnitz e.V. im Rahmen einer Gesprächsrunde in der ich meine Diplomarbeit

kurz vorstellte. Dabei stellte sich heraus, dass die Formulierung für die Befragten etwas zu kompliziert war. Das Schwierige bei der Fragestellung war, dass ich einerseits eine möglichst klare, wissenschaftliche und genaue Frage stellen wollte, andererseits sollten diese leicht zu verstehen sein. Dieser Spagat ist mir offensichtlich nicht sonderlich gut gelungen. Allerdings fiel mir auch auf, dass der Großteil der Besucher von vornherein, noch ohne den Fragebogen überhaupt gelesen zu haben, sagten, diesen alleine auszufüllen sei ihnen zu kompliziert und nicht möglich. Meiner Ansicht nach ist dies ein Ausdruck von geringem Selbstbewusstsein, welches sich wiederum, zumindest teilweise, durch das Abdrängen in die Opfer- und Objektorolle in der psychiatrischen Behandlung ausgebildet haben könnte (siehe 6.4). Die meisten haben den Fragebogen also mit meiner Hilfe bzw. der Hilfe meiner Kolleginnen ausgefüllt. In der Kontakt- und Beratungsstelle der Stadtmission, habe ich die Fragebögen ebenfalls in einer Gesprächsrunde ausgegeben. In dieser besprach ich gemeinsam mit allen Interessierten die Fragen der Reihe nach und jeder konnte dann seine Antwort selbstständig niederschreiben. Im Wohnheim und im Café Bleifrei habe ich die Bewohner bzw. Besucher einzeln angesprochen und jeweils eher ein Kurz-Interview geführt. Dieses Vorgehen, welches durch die anscheinend zu wissenschaftliche Fragestellung und dem mangelnden Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten notwendig geworden war, hat mit Sicherheit Vor- und Nachteile. Als nachteilig sehe ich den vermehrten Zeitaufwand an, der durch die Führung von Kurz-Interviews entstanden ist. Außerdem kann ich so eine Beeinflussung meines Gegenübers von meiner Seite her nicht zu einhundert Prozent ausschließen, obwohl ich mich ganz bewusst bemüht habe, keine Beeinflussung jedweder Art auszuüben, sondern die Fragen nur möglichst umgangssprachlich umformuliert habe. Andererseits habe ich durch das Führen von Gesprächen Lebensgeschichten kennenlernen dürfen. Ich habe nicht nur ein Blatt mit Kreuzen zurück bekommen, ich habe viel mehr über meine Gesprächspartner und deren Erlebnisse erfahren. Die meisten, die ich um ein Interview bat, haben sich dazu bereit erklärt. Dies hängt sicher auch damit zusammen, dass eher Bereitschaft besteht, etwas von sich Preis zu geben, wenn derjenige, den es interessiert, selbst darum bittet und noch dazu seine Hilfe anbietet. Hätte ich die Fragebögen nur in die verschiedenen Einrichtungen gegeben, hätten, glaube ich, nicht so viele Menschen ihre

Erfahrungen und Erlebnisse mit mir geteilt. Vor allem, weil es viele emotional wieder aufgewühlt hat, das war spürbar.

5.2 Interpretation und Bewertung der Ergebnisse

Zuerst wurden nach dem Alter der Betroffenen gefragt. Dabei stellte sich heraus, dass die Gruppe der 55 bis 64 jährigen mit rund 49% die größte ist. Die 45 bis 54 und die 35 bis 44 jährigen sind die nächst kleineren mit rund 18% und 15%.

Die anderen Altersgruppen sind eher gering vertreten.

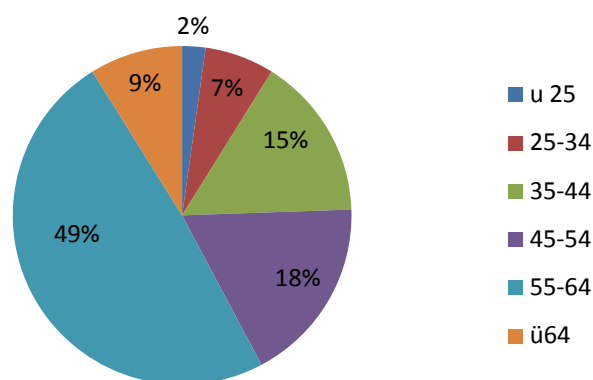


Tabelle 1: Alter der Befragten

Die zweite Frage richtete sich nach der Häufigkeit der bisherigen Aufenthalte in einer stationären oder teilstationären psychiatrischen Einrichtung. Da fast 50% der Befragten schon älter sind, hätte damit gerechnet werden können, dass eine entsprechend große Prozentzahl der Befragten schon wesentlich öfter als einmal in einer psychiatrischen Klinik gewesen sein könnte. Allerdings ist dies nicht der Fall. Die größte Gruppe mit 35,6% bilden die, die bisher nur einmal in einer psychiatrischen Klinik waren. Wiederholte Aufenthalte sind jedoch nicht selten und es kommt, wenn auch nicht häufig zu Aufenthalten über 5-Mal. Interessant ist, dass einige der Befragten, die Dauer dazu schrieben, wenn es sich um einen sehr langen Aufenthalt (über einem halben Jahr bis hin zu 14 Jahren) gehandelt hat. Dies betraf hauptsächlich diejenigen, die bisher nur einmal in einer psychiatrischen Einrichtung waren. Es liegt also die Vermutung nahe, dass ein einmaliger Aufenthalt in einer Klinik umso länger war. Ebenso auffällig ist, dass diese Menschen, auch wenn sie nur einmal in einer psychiatrischen Einrichtung

waren, das gemeindepsychiatrische Angebot des V.I.P.s bzw. der Stadtmission in Anspruch nehmen. Dies lässt den Schluss zu, dass sie nicht wieder in der „normalen“ Gesellschaft angekommen sind und den Rückhalt (noch) brauchen. Das heißt, dass der Aufenthalt in der Psychiatrie nicht dafür gesorgt hat, dass sie wieder komplett auf eigenen Füßen stehen können.

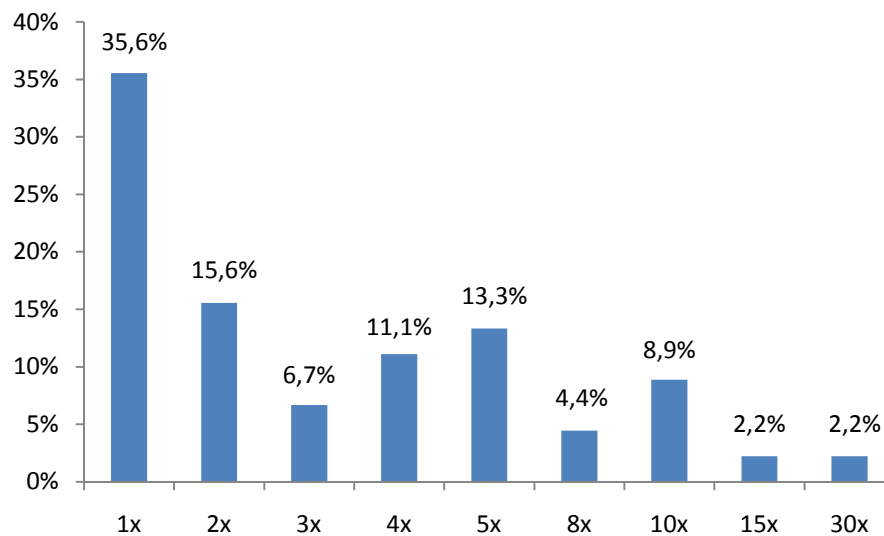


Tabelle 2: bisherige Aufenthalte in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Einrichtung

Bei der Diagnose werden viele verschiedene Befunde benötigt, dazu gehören biographische, subjektive und auch psychodynamische Befunde (siehe 4.). Diese sollten in einem ausführlichen Anamnesegespräch erfragt werden. Zur Anamnese gehören Fragen nach bisherigen Erkrankungen und deren Behandlung, Fragen zum sozialen Umfeld, aber auch zu Lebensereignissen und Gefühlen (vgl. Möller, 2009, S. 24). Bei der Aufnahme, also vor der Diagnosestellung und vor der Aufstellung eines Therapieplanes, müssten genau diese Umstände in einem ärztlichen, zeitaufwendigen, personenzentrierten Gespräch (vgl. Laux, 2009, S. 468) erfragt worden sein. Umso verwunderlicher, dass nur die Frage nach der familiären Situation bei über 50% der Befragten gestellt wurde. Alle anderen Antwortmöglichkeiten liegen teilweise deutlich unter der 50% Marke. Dies zeigt m. E. nach deutlich, dass dem Gespräch mit dem Patienten weitaus weniger Zeit und Interesse entgegengebracht wird, als es der Lehrmeinung nach sollte. Es ist auch weiterhin zu sagen, dass die Tabelle natürlich nur einen Durchschnitt anzeigt. Es gab Menschen, mit denen über die meisten der oben genannten Faktoren

gesprächen wurde, und mit anderen wiederum gar nicht. Diese hatten kein Anamnesegespräch. Es stellt sich die Frage, wie es so zu einer vernünftigen (vor allem tragfähigen) Arzt-Patient-Beziehung kommen soll, die doch als Grundlage jeder „sachgerechte[n/ S.L.] Psychopharmakotherapie“ (Laux, 2009, 471) gilt.

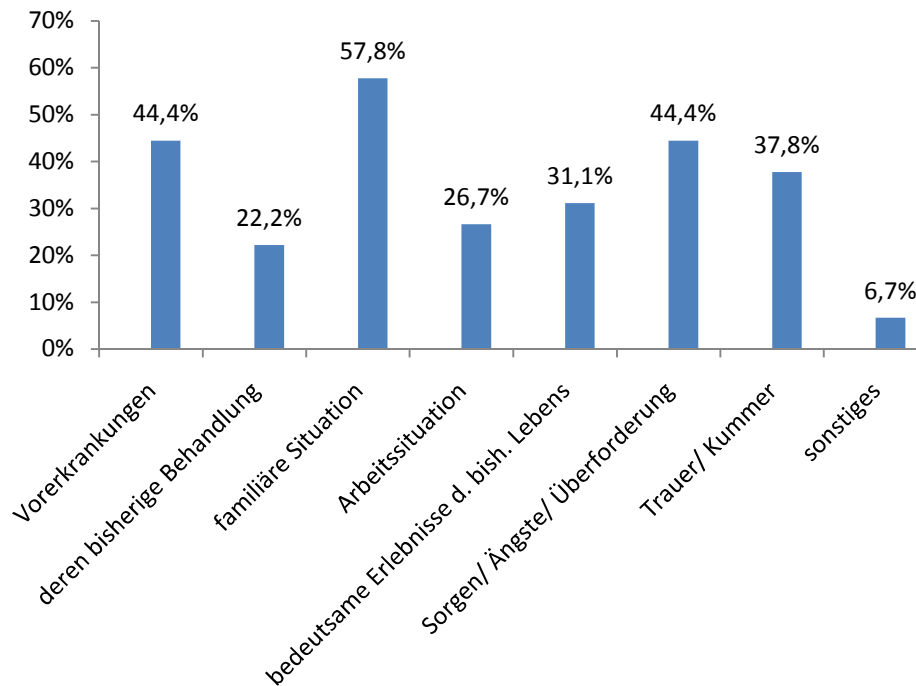


Tabelle 3: Frage nach dem Inhalt des Anamnesegespräches

Es ist interessant, dass die familiäre Situation am häufigsten abgefragt wurde. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Familiensituation im Guten wie im Schlechten einen großen Einfluss auf den Betreffenden ausübt, aber es ist auch Hinweis darauf, dass Umweltfaktoren nicht in der Gesellschaft an sich gesucht werden, sondern sich nur auf das kleine persönliche Umfeld beschränken.

Die nächste Frage galt der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen, bzw. ob sie nach ihren Wahrnehmungen gefragt worden sind. Ich habe diese Frage gestellt, denn „das subjektive Erleben während einer Psychose ist bedeutungsvoll, weil es uns etwas Wichtiges über uns mitteilt. Wir sollten diese fremdartigen Blüten unseres Geistes wie Geschenke behandeln, die wir mit uns herumtragen und mit denen wir arbeiten können. Wir sollten Sie zu Mosaikstücken in der Landschaft unseres Lebens werden lassen“ (Mohelsky, 1994). Hierbei geht es natürlich um mehr als ein Abfragen zum Diagnosezweck. Ich habe versucht diese Frage

möglichst genau zu formulieren, damit der Unterschied zu einem reinen Symptomabgleich deutlich wird. Es gaben 28,9% der Befragten an, zu ihren Wahrnehmungen befragt worden zu sein, 24,4% wurden zumindest teilweise dazu befragt und 46,7% gaben an, überhaupt nicht nach ihren subjektiven Wahrnehmungen gefragt worden zu sein.

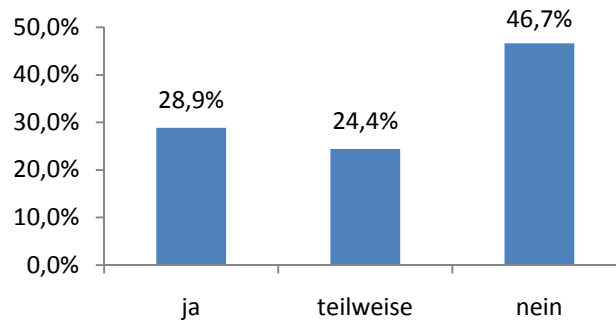


Tabelle 4: Wurden Sie befragt zu Ihren damalig aktuellen Empfindungen/Wahrnehmungen?

Die nächste Frage widmet sich der Psychoedukation, also der Aufklärung über die Erkrankung. Dies ist ein recht zweischneidiges Schwert. Da psychische Krankheit oft als eine eher somatopsychische Erkrankung verstanden wird, wird dem Patienten dies auch so vermittelt. Eine Frau, die ich im Zuge der Fragebogenausgabe interviewte, erzählte z. B. dass ihr erklärt worden sei, die Stimmen, die sie höre, seien nur ein böser Spuk, aufgetreten aufgrund eines Ungleichgewichtes in ihrem Gehirn. Das hat sicherlich einerseits etwas Angst genommen, schließlich ist Spuk nichts Reales, nichts was man fürchten müsste, andererseits wurde dadurch auch die Möglichkeit einer konstruktiven Betrachtungsweise ausgeschlossen. Ein Ungleichgewicht im Gehirn kann schließlich keine Botschaft sein.

Über die Hälfte der Befragten (53,3%) sind jedoch ohnehin nicht über ihre Erkrankung aufgeklärt worden, ob dies jetzt positiv oder negativ zu bewerten ist, möchte ich aufgrund der oben angesprochenen Problematik (die in Punkt 6 noch tiefgreifender angesprochen wird) offen lassen.

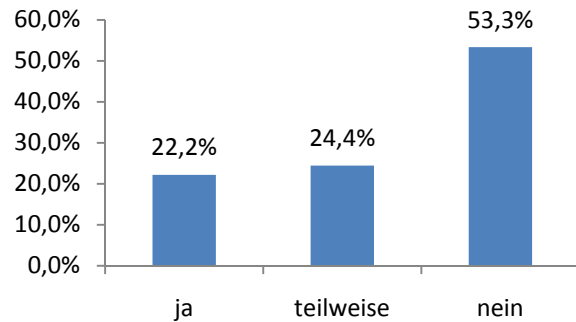


Tabelle 5: Wurde mit Ihnen ausführlich darüber gesprochen, wie Ihre Erkrankung eventuell entstanden sein könnte und wie behandelt werden kann?

Die Frage, ob es Versuche gab das Erleben, die Krankheit sinnvoll umzudeuten ergab die wohl mit eindeutigste Antwort. In den wenigsten Fällen (6,7%) kam es dazu. Bei 84,4% der Befragten wurde nicht versucht einen Sinn in der Erkrankung bzw. in den Inhalten der Wahrnehmungen zu finden. In diesem Zusammenhang denke ich, dass man die Auswertung der Frage 4 (s.o.) mit diesem Ergebnis zusammen betrachten muss. Selbst wenn nach dem Erleben des Betroffenen gefragt wurde, wird dies wahrscheinlich eher zu Diagnosezwecken geschehen sein, denn wäre das Erleben als etwas Bedeutungsvolles angesehen worden, hätte auch ein Suchen nach der enthaltenen Botschaft beginnen müssen. Schon Hippokrates von Kós sagte ca. 400 Jahre v. Chr.: „Krankheiten überfallen den Menschen nicht wie ein Blitz aus heiterem Himmel, sondern sind die Folgen fortgesetzter Fehler wider die Natur.“ Die Grundidee lautet meiner Ansicht nach dabei: „Worauf wollen dich dein Körper und deine Seele hinweisen? Wo warst du eventuell unaufmerksam, dass nun so schwere Geschütze aufgefahren werden müssen, um deine Aufmerksamkeit zu erregen?“ Diese Betrachtungsweise könnte eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben in Gang setzen und die Übernahme von Verantwortung bewirken. Dabei soll es in keinster Weise um Schuldzuweisung gehen, sondern vielmehr darum, den Menschen aus der Opferrolle seiner Krankheit herauszuhelfen. Hier war dieser Denkansatz jedoch offensichtlich kaum anzutreffen.

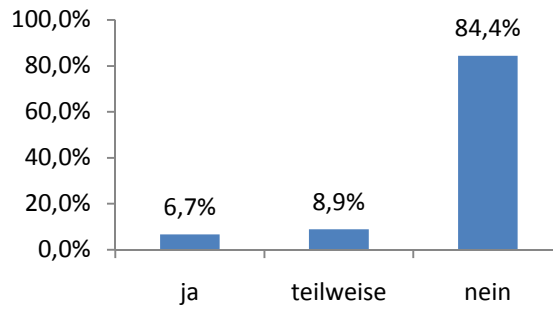


Tabelle 6: Gab es Versuche Ihre Krankheit oder Ihr Erleben als durchaus sinnvoll bzw. positiv zu deuten?

Laut Tölle (1996, S. 318) sollten die Angehörigen, da auch sie Leidende seien, einbezogen werden, und der Arzt solle sich diesen durch sein „psychotherapeutisches Basisverhalten“ (ebd.) ebenfalls annehmen. Die Frage nach der Einbeziehung der Angehörigen ergab jedoch, dass nur bei der reichlichen Hälfte der Befragten die Angehörigen einbezogen wurden, sei es nur zu einem Teil oder viel. Bei 48,9% der Befragten fanden die Angehörigen keinerlei Beachtung.

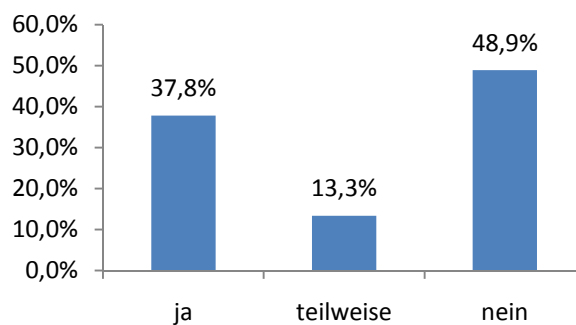


Tabelle 7: Wurden Ihre Angehörigen mit einbezogen?

Die Angehörigen mit einzubeziehen ist sicher prinzipiell wünschenswert, allerdings glaube ich, liegt darin auch eine Gefahr. Denn es ist sicher einfacher mit den gesunden und vernünftigen Angehörigen über Behandlungsmöglichkeiten etc. zu sprechen, als mit dem evtl. schwierigen Patienten. Dann besteht die Gefahr den eigentlich Betroffenen mit seinen Wünschen und Vorstellungen zu übersehen. Danach richtete sich Frage 8. Und immerhin 47,8% derer, bei denen die Angehörigen ganz oder teilweise einbezogen wurden, hatten das Gefühl, dass dann auch eher mit ihren Angehörigen statt mit ihnen über den weiteren Verlauf der Behandlung etc. gesprochen wurde.

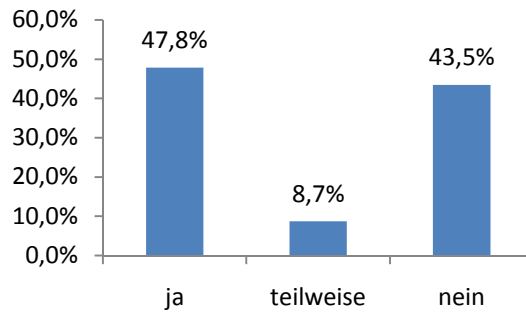


Tabelle 8: Hatten Sie den Eindruck, dass eher mit Ihren Angehörigen statt mit Ihnen über die weitere Behandlung und deren Möglichkeiten gesprochen wurde?

Wenn Hilfe im Interesse des Betroffenen sein soll, ist es, so glaube ich, wichtig, dass der Betroffene einbezogen wird und seine Wünsche so weit möglich respektiert werden. Frage 9 sollte eruieren, ob die Wünsche der Patienten berücksichtigt wurden. Von den Befragten gaben allerdings 66,7% an, nicht in die Findung der für sie passenden Behandlungsmethode einbezogen worden zu sein. Hier wird deutlich, dass es sicher sinnvoll sein kann, ein psychiatrisches Testament zu schreiben. Dies wird in geistig klarem Zustand aufgesetzt und notariell beglaubigt. Darin kann festgelegt werden, wie im Falle einer psychischen Erkrankung behandelt werden soll und vor allem: wie nicht.

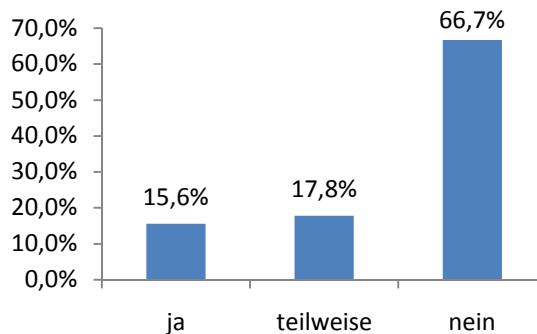


Tabelle 9: Wurden Sie in die Findung, der für Sie passenden Behandlungsmethode einbezogen und Ihre Wünsche berücksichtigt?

Tölle sowie Laux halten eine Kombination von Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie in der stationären psychiatrischen Versorgung für notwendig. Dies jedoch ausdrücklich auf der Basis einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung (siehe 4.). In der Auswertung von Frage drei konnte in Zweifel gezogen werden, ob es zu einer solchen Beziehung zwischen Arzt und Patient

kommen kann, wenn die Anamnese bei fast der Hälfte aller Befragten nicht sachgemäß durchgeführt wurde. In Frage 10 wird deutlich, dass die Behandlung der Betroffenen einen klaren Ausschlag zugunsten der Psychopharmakotherapie hat. 91,1% der Befragten gaben an, Medikamente bekommen zu haben, die sie dauerhaft nehmen müssten. Dabei sagt Dörner (Dörner et al., 2009, S. 567), dass Psychopharmaka grundsätzlich zeitlich begrenzt zu geben seien. Da dieser Richtlinie nicht unbedingt streng gefolgt wird, zeigt sich auch am Beispiel eines Besuchers der Kontakt und Beratungsstelle des V.I.P., dieser Mann bekommt seit über 30 Jahren Neuroleptika, wegen eines psychotischen Schubes, den er einmalig damals hatte.

Die Ergotherapie als Teil der Soziotherapie wird bei den meisten Befragten (82,2%) durchgeführt. Unter Sonstiges wurde hauptsächlich Arbeitstherapie und Physiotherapie genannt, ersteres wäre der Soziotherapie zuzurechnen. Psychotherapie wird zumindest als gruppentherapeutisches Verfahren ebenfalls bei 73,3% der Befragten recht häufig angewendet. Laux meint dazu: „Aus Sicht der Patientenversorgung weisen Gruppentherapien zeitökonomische Vorteile auf [...]“ (Laux, 2009, S. 513). Dies lässt vermuten, dass die Gruppentherapie, die sicher auch Vorteile hat, da die Betroffenen im Gruppensetting spüren, dass sie nicht allein sind mit ihrer Not und es auch andere gibt, denen es ähnlich geht (vgl. ebd.), wohl hauptsächlich gewählt wird, um Zeit und Kosten zu sparen. Einzelgespräche hatten nur 44,4% der Befragten und selbst von diesen gaben viele noch an, es wären zu wenige gewesen. Das lässt vermuten, dass die zwischenmenschliche Begegnung von zwei Subjekten definitiv zu kurz kommt. Es gibt anscheinend zu wenig Zeit und Raum für Gespräche, die aus der Passivität herausholen könnten und dem Betroffenen die Möglichkeit geben, sich mit seinem Erleben auseinanderzusetzen. Stattdessen wird in den meisten Fällen der schnellere und wohl auch bequemere Weg (vgl. Dörner et al., 2009, S. 566) der Psychopharmakotherapie gewählt.

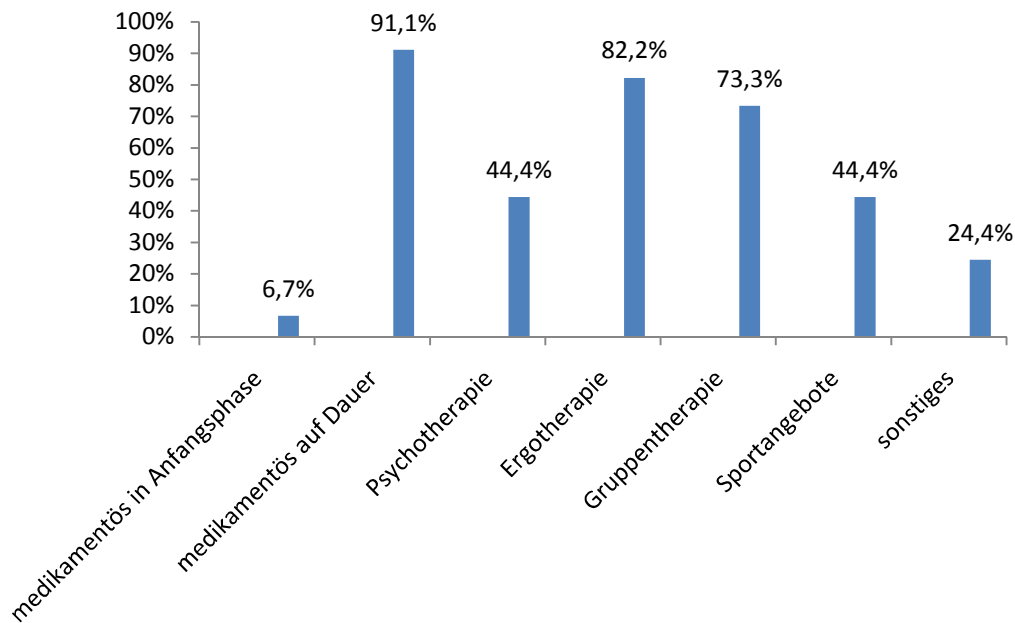


Tabelle 10: Wie wurden Sie (in den meisten Fällen) behandelt?

Diesen Eindruck hatten auch 44,4% der Befragten. Sie gaben an, dass ihrem Empfinden nach, der Fokus der Behandlung auf der Gabe bzw. auf dem „Einstellen“ auf die Medikamente lag. Einer der Befragten (er war schon sehr oft in der Klinik) meinte sogar, die Ärzte hätten an ihm alles ausprobiert, was sie hatten.

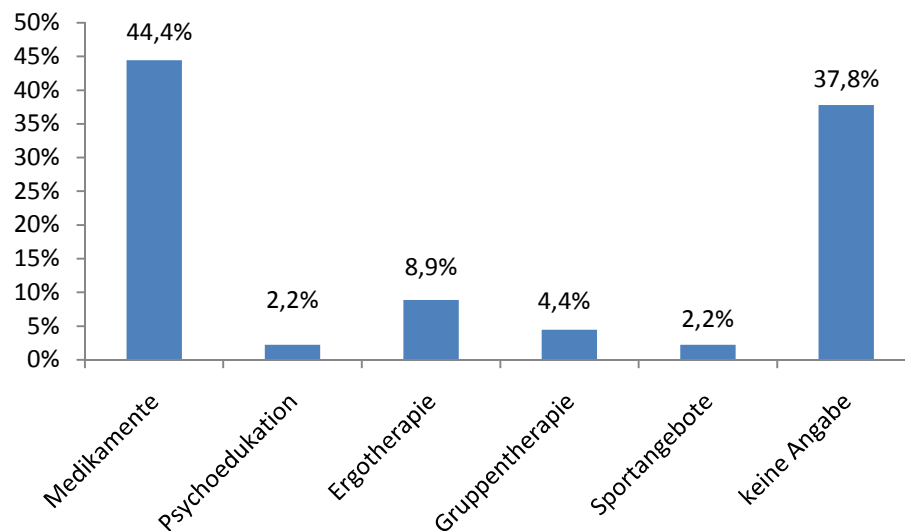


Tabelle 11: Auf welcher Behandlungsmethode lag Ihrem Empfinden nach der Fokus von Seiten der Einrichtung her?

Frage 12 richtet sich an den zwischenmenschlichen Umgang. Fühlten die Befragten sich partnerschaftlich behandelt, oder hatten sie das Gefühl entmündigt worden zu

sein? Dies ist wieder eine sehr subjektive Frage, denn der eine findet ein Verhalten völlig in Ordnung, was der andere schon für untragbar hält. Die Antworten auf diese Frage zeigen eher Unentschiedenheit. Die Antwortmöglichkeit „teils teils“ wurde von 35,6% gewählt. Einige sagten auch dazu, dass Assistenzärzte und Pflegepersonal in der Regel freundlich waren, die „richtigen“ Ärzte aber weniger. 33,3% fühlten sich entmündigt, 31,1% auf Augenhöhe behandelt. Hier hat die Auswertung keinen markanten Ausschlag zu einer Antwortmöglichkeit hin gezeigt, allerdings zeigt die Auswertung eben auch keine große Zufriedenheit der Befragten an.

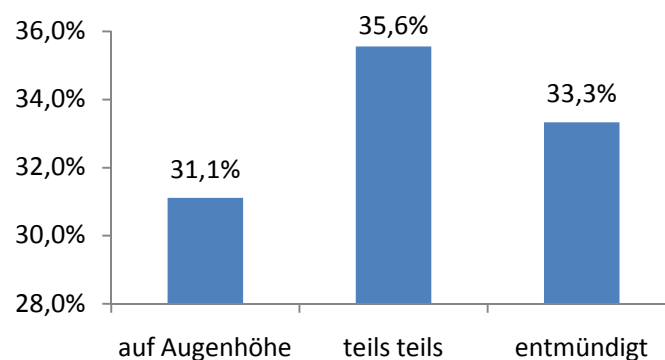


Tabelle 12: Hatten Sie das Gefühl, dass Sie partnerschaftlich, also auf Augenhöhe behandelt wurden oder hatten Sie den Eindruck eher entmündigt worden zu sein?

Die abschließende Frage war offen formuliert und lautete: „Gibt es etwas, was Sie sich für Ihre stationäre oder teilstationäre Behandlung anders gewünscht hätten?“ Die Antworten waren zum Großteil ähnlich. Sie fordern mehr Gespräche; ausführlichere Patientengespräche; mehr Eingehen auf den Patienten; Behandlung auf Augenhöhe; freundliche, verständnisvolle, menschliche Behandlung; Verständnis für die Situation des Patienten und dass die Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. Eine Antwort lautete auch, dass der-/diejenige sich wünschen würde, keine Medikamente zu bekommen, weil diese „innerlich fertig machen“. Eine andere Antwort war: „genauer nachfragen, wie es zu der mir unterstellten Krankheit gekommen wäre und überzeugende Argumente, dass die Frage, ob ich (schlimm) krank bin, mit ‚ja‘ beantwortet werden kann“. Meinem Verständnis nach hat der-/diejenige ein anderes Verständnis von psychischer Erkrankung, als es nach dem medizinisch-biologischen Krankheitsmodell verstanden und gelehrt wird. Damit galt er oder sie eventuell in der Klinik als ein

„schwieriger“ Patient mit „mangelnder Krankheitseinsicht“ und entsprechend sicher auch mit fehlender Compliance. Diese Patienten sind sicher anstrengender, weil sie unbequem sind. Sie lassen sich unter Umständen nicht so einfach in die Objekt-Rolle drängen. Das könnte allerdings ein Vorteil sein, denn, so Lehmann (KMF, 1991): „Psychotische Menschen, die bei sich selbst ansetzten, anstelle sich auf psychiatrische Diagnosen zu verlassen, verzeichneten am wenigsten Rückfälle.“

6. Menschenbild und Krankheitsverständnis

Das Menschenbild, Krankheitsverständnis bzw. Krankheitsmodell hängen eng zusammen. Und aus diesen ergibt sich Behandlung, Therapie und Umgang mit den psychisch kranken Menschen mit allen ihren Äußerungen und „Innerungen“. Aus diesem Grund ist es so wichtig, das Menschenbild in der Psychiatrie und das Verständnis von psychischen Krankheiten anzuschauen, wie es gewachsen ist, wie es momentan aussieht und welche Auswirkungen dies auf die betroffenen Menschen hat, die mit der Psychiatrie in Berührung kommen, weil sie Hilfe suchen oder weil andere glauben, dass sie Hilfe benötigen.

6.1 Menschenbild– eine Begriffsdefinition

Das Menschenbild ist ein Begriff der philosophischen Anthropologie. Es sagt aus, welches Bild, welche Vorstellung jemand vom Wesen des Menschen hat. Damit beinhaltet dieses Bild auch die Möglichkeiten und das Potenzial, welches dem Menschen in den verschiedenen Situationen seines Lebens zugesprochen wird, in Freude und Gesundheit aber auch in Leid und Krankheit.

6.2 Das Menschenbild in der Psychiatrie im Wandel der Zeit

Bevor sich die Psychiatrie als Wissenschaft etablieren konnte, wurden psychische Auffälligkeiten zumeist religiös verstanden. Dies hatte für den Betroffenen eher Nachteile. Sein Zustand könnte von Dämonen hervorgerufen sein oder eine Strafe für die von ihm begangenen Sünden. Von daher war es durchaus eine Verbesserung für psychisch Kranke, dass durch die Ideen der Aufklärung ihr

Schicksal nicht mehr an persönliche Schuld gebunden war (vgl. Bock, 1998, S. 31). Dies führte allerdings nicht zu einem besseren Umgang mit ihnen.

Durch die Aufklärung herrschte ein Bild des Menschen als vernunftbegabtes Wesen vor. Vernünftiges Handeln und Leben war etwas Erstrebenswertes, und wer diesem Ideal nicht entsprach, galt als weniger menschlich.

Als die undifferenzierte Internierung im 17. und 18. Jahrhundert begann, wurden alle, die unbrauchbar, unvernünftig, auffällig, kriminell oder politisch gefährlich waren in Anstalten gesperrt oder über die Grenzen hinweg abgeschoben. Sie wurden regelrecht aus dem Mensch-Sein ausgeklammert.

„Wer sich außerhalb der Grenzen der Vernunft, der Arbeit und des Anstandes stellt, wird im wortwörtlichen Sinne ausgegrenzt; wer sich der Ordnung entfremdet, wird zum Fremden gemacht; wer am Verstande, dem eigentlich Menschlichen verarmt, kommt zu den übrigen Armen; wer seiner Animalität zügellos die Freiheit lässt, gehört zu den Tieren und wird wie sie in Käfigen zur Schau gestellt; wessen Ideen und Handlungen exklusiv und fix sind, wird ausgeschlossen und fixiert; und wessen Urteil von der korrekten Übereinstimmung mit der Wirklichkeit verrückt ist, wird in Korrektionshäuser ver-rückt.“ (Dörner, 1984, S.187)

Dass bei „Unvernünftigen“ oder „Irren“ Heilung möglich sei, wurde zunächst ausgeschlossen. Beziehungsweise galt diesen Menschen ohnehin kein Interesse, da sie nicht nützlich waren. Sie gaben keine guten Arbeiter oder Soldaten ab. Hier wird ein weiteres Menschenbild deutlich. Dem Mensch wurde nur Wert beigemessen, wenn er Leistung erbringen und der Obrigkeit bei der Mehrung des Einflusses und der wirtschaftlichen Stärke behilflich sein konnte. So wurden auch die Internierten zur Arbeit gezwungen.

Die Philanthropen glaubten, dass Vernunft anzuerziehen sei. Sie stellten körperliche Übungen vor, die in den Anstalten zu Heilungs- und Erziehungszwecken unter Anleitung angewandt werden sollten. So kam zumindest der Heilungsgedanke für die Unvernünftigen in Betracht. Allerdings galten die Störenden eben als in irgendeiner Form defekt. Dies zieht sich weiter durch die Geschichte. Nur die Reaktion darauf veränderte sich.

Die Preußen versuchten in ihrer Irrenreform mit der Durchsetzung von Gehorsam auf die Veränderung von störenden Verhaltensweisen hin zu einem Verhalten gemäß der herrschenden Vernunft hinzuarbeiten. Die Wahrung der öffentlichen Ordnung und der Schutz der Bevölkerung vor den potentiell gefährlichen „Irren“ standen im Vordergrund. Hier wurde der psychisch Auffällige nicht nur als in

irgendeiner Form defekt betrachtet, sondern auch als Gefahr für die Gesellschaft gesehen (siehe 3.3.3). Durch die Fortschritte der Medizin und der Erkenntnis, dass die progressive Paralyse auf Syphilis bzw. Spirochäten-Infektion zurückgeführt werden konnte, etablierte sich nun ein biologisches Krankheitsbild. Nun wurde nach organischen und hirnrnorganischen Ursachen psychischer Krankheit geforscht. Somit hatte die Biographie, die subjektive Perspektive und die Selbstverantwortung des Betroffenen keine Bedeutung mehr. Die biologische Fehlentwicklung und Korrektur derselben sollte allein in den Händen der Experten, also in den Händen der Ärzte liegen (vgl. Bock, 1998, S. 31). Dieses biologisch ausgerichtete Menschenbild ließ sich dazu benutzen, die Menschen in höherwertige (weil biologisch/genetisch gesunde) und minderwertige (weil biologisch/genetisch defekte) Menschen aufzuteilen. Das sozial-darwinistische Menschenbild ist hier zu finden.

Kraepelin half durch sein System der Klassifikation psychischer Krankheiten eine genaue Differenzierung der Kranken nach Ihrer Verwertbarkeit und ihren Restfähigkeiten zu ermöglichen. Dies ging einher mit einer weiteren Verobjektivierung der Betroffenen. Kraepelin beobachtete Verhalten, klassifizierte Krankheit, hielt seine Patienten jedoch keines Gespräches für würdig. Er hat erfolgreich und konsequent ein Krankheitskonzept in die Psychiatrie eingeführt, welches heute noch, fast einhundert Jahre später, Bedeutung hat (vgl. Dörner et al., 2009, S. 485). Da der Mensch durch die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Psychiatrie als Naturwesen erscheint, wird er „sachlich-rationalistisch in all seinen Eigenschaften in den Naturzusammenhang der Wirklichkeit eingebettet“ (Thom; Weise, 1973; zit. n. Thoma, 1978, S.21). Bei der Systematisierung psychischer Krankheiten finden die Lebenswelt und die Lebensbedingungen des jeweiligen Menschen kaum Beachtung. Der „Geistesgestörte“ wird „zum Objekt ärztlicher Betrachtung, zu einem Fall, an dem einzig und allein die beobachteten Symptome und die Möglichkeit ihrer klassifikatorischen Einordnung in einen postulierten nosologischen Rahmen von Interesse ist“ (Thoma, 1978, S. 23). Der Mensch wird auf „Organisches“ reduziert, was seine Entsprechung in der gesellschaftlichen Reduzierung des Menschen auf seine Arbeitskraft hat. Hier findet man einen Zusammenhang zwischen der fortschreitenden Entfaltung der kapitalistischen Produktionsweise und der psychiatrischen Orientierung am medizinischen Modell

(vgl. ebd. S. 21). Durch das naturwissenschaftlich-materialistische Menschenbild, welches mit der naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin wegweisend ist, „ist Krankheit im wesentlichen eine durch die biologische Grundlage des Lebens bedingte Desorganisation im organischen Substrat des Menschen“ (ebd.). Das Krankheitsverständnis in der Psychiatrie bezieht sich auf eben diese Auffassung und daher werden auch hier die symptomatischen Erscheinungen der Krankheit betrachtet und systematisiert. Die zu behandelnde „auffällige Symptomatik“ wird in den Betreffenden hinein verlegt und „isoliert als Entität oder Prozeß untersucht“ (Güse; Schmacke, 1976, S. 31).

Auf der Basis dieser Betrachtungsweise, der Mensch als Objekt, der seinen Wert nur danach zugesprochen bekommt, ob er ökonomisch noch verwertbar ist, konnte im Nationalsozialismus die Tötung des „unwerten Lebens“ möglich werden. Je nach psychiatrischer Diagnose wurde sterilisiert oder Lebensvernichtung als „Heilbehandlung“ angewendet. Dies war möglich, weil es keinen Raum mehr gab für eine Begegnung auf der Subjekt-Ebene (vgl. Bock, 1998, S.31).

Kraepelin mit seinen Vorstellungen vom „Kampf“ gegen den „inneren Feind“ (1918, S. 110f.) war auch nach dem Ende des Nationalsozialismus weiterhin tonangebend (vgl. Thoma, 1978, S. 24f.). Versuche, die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrie kritisch aufzunehmen sowie anthropologische Theorien scheiterten an dem klassischen Krankheitsbild und der entsprechenden Nosologie.

„Die Problemlosigkeit bei der Anwendung der Kraepelinschen Systematik[...], die systematische Ausgliederung der sozialen Frage in der Psychiatrie, vor allem aber auch die Praktikabilität dieses Krankheitskonzeptes in der forensischen Psychiatrie unter völliger Schonung der traditionellen Strafrechtsprinzipien waren zu attraktiv, als dass nun nach einem neuen Paradigma gesucht werden sollte.“ (Güse; Schmacke, 1976, S. 25)

Durch die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete kam es immerhin zu einem kleinen Wandel. Es wurde aufgenommen, dass auch soziale und psychische Faktoren bei der Entstehung psychischer Krankheit eine größere Rolle spielen und Psychotherapie auch für einen stationären Aufenthalt wichtig und hilfreich sei. Hier wurde wieder etwas abgerückt von dem Bild der ausschließlich organischen-biologischen Begründung psychischer Störung. In der heutigen Zeit steht die biologische Komponente jedoch wieder vermehrt im Vordergrund.

6.3 Das Menschenbild der modernen Psychiatrie

Der modernen Psychiatrie liegt noch immer das biogenetische bzw. naturwissenschaftlich-materialistische Menschenbild zugrunde und damit auch das traditionelle biologisch-medizinische Krankheitsverständnis. Dies lässt sich daran festmachen, dass der biologische Forschungsansatz bestimmend ist (vgl. Möller; Laux, 2009, S. 14). Auch die Systematisierung Kraepelins mit seiner Nosologie wird weiter verwendet (vgl. Tölle, 1996, S. 28). Entsprechend wird der Schwerpunkt der Behandlung in der psychiatrischen Klinik auf die Psychopharmakotherapie gelegt. Der Psychotherapie wird zwar durchaus ein hoher Stellenwert zugewiesen, aber hauptsächlich um die Compliance des Patienten zu erhöhen und die Psychopharmakotherapie günstig zu beeinflussen (vgl. Laux, 2009, S. 478).

Nach dem biogenetischen Menschenbild bedeutet gesund und normal zu sein, mit guten Anlagen geboren und in einer für die Ausprägung dieser Anlagen günstigen Umgebung aufgewachsen zu sein (vgl. Krüll, 1986, S. 122). Die Unterschiede zwischen den Menschen werden aus den verschiedenen Anlagen (Intelligenz, Musikalität, Konstitution, Temperament etc.) und dem Einfluss von sozialen Faktoren (z. B. Interaktion mit Bezugspersonen) erklärt. Das bedeutet aber auch, dass selbst das beste Milieu nichts schaffen kann, wenn die Anlagen dazu nicht vorhanden sind (vgl. ebd. S. 123). Auch Einwirkungen auf den Körper, wie hormonelle Veränderungen werden als Ursache der Abwandlungen von Normal-Sein angesehen. „Der Körper wird also nicht nur in Bezug auf organische Vererbung, sondern auch während des gesamten Lebens als eine wesentliche Quelle für Abwandlungen des Normal-seins betrachtet.“ (ebd.) Im biogenetischen Menschenbild wird „normal“ mit „gesund“ und auch mit „natürlich“ gleichgesetzt. Dies hat für den Menschen weitreichende Konsequenzen. Wenn „normales“ Verhalten als gesund betrachtet wird, heißt dies im Umkehrschluss, dass anormales Verhalten krank ist (ebd.). Wenn Menschen vom biogenetischen Menschenbild ausgehen, ist ein sich anders verhaltender Mensch eine Bedrohung, da er nicht verstehbar und damit unberechenbar ist. Auch eigene Veränderungen, die z. B. durch gesellschaftlichen Wandel hervorgerufen werden, sind bedrohlich, da sie das eigene Normal-Sein gefährden.

Da die Veränderungen des Normal-Seins in organischen Ursachen gesucht werden und die Bedingungen der Umwelt nur eine Rolle für den Verlauf der Krankheit spielen (vgl. Tölle, 1996, S. 220), ist es nicht verwunderlich, dass die Therapie den größten Wert auf die Behandlung der biochemischen Vorgänge im Gehirn legt. Bock beschreibt dieses Verständnis von psychischer Erkrankung am Beispiel einer Psychose folgendermaßen:

„Die Psychose ist eine schwere psychische Erkrankung, die in erster Linie somatisch als Folge einer Stoffwechseleränderung, einer veränderten Hirnfunktion und damit zusammenhängender Wahrnehmungsstörungen und Reizoffenheit zu erklären ist. Über eine vor allem pharmakologische Behandlung wird die Psyche wieder erreichbar und kann sich stabilisieren. Die Einflüsse der Biografie werden (günstigenfalls) nicht geleugnet, aber der eigentlich somatischen Ursache untergeordnet. Insofern wird die Psychose letztlich gar nicht als psychische, sondern als somatopsychische Erkrankung behandelt.“ (Bock, 1998, S. 32)

6.4 Auswirkungen auf den Betroffenen

Dieses gängige medizinische Krankheitsverständnis hat Auswirkungen. Es bedingt eine hierarchische Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten. Der Arzt ist der Experte, der die Verantwortung trägt, die Macht hat und letztlich allein weiß, was er zu tun hat. Er beobachtet, diagnostiziert und therapiert den Betroffenen. Er behandelt die Krankheit, eine Beziehung zum betreffenden Menschen wird dabei kaum aufgebaut (vgl. ebd.). Der Mensch scheint Opfer der in ihm ablaufenden Krankheit zu sein. Seine Umweltkonstellation ist zwar ein Faktor, der in Betracht gezogen wird, jedoch nur in dem Maße, wie auch die in ihm liegenden Faktoren, wie seine Vulnerabilität oder seine Konstitution als etwas dargestellt werden, dem er ausgeliefert ist. Er wird zum Objekt der auf ihn einwirkenden Einflüsse (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 366). Er trägt keine Verantwortung, und die Medizin „verspricht (explizit oder implizit) Heilung und tut alles Mögliche, um dieses Versprechen einzuhalten“ (Bock, 1998, S. 32). So wird der Mensch zum Träger von Symptomen, die unterbunden werden sollen, und damit wird er auch Objekt der psychiatrischen Behandlung. Er ist vor allem der kranke Körper, auf den pharmazeutisch eingewirkt wird, wobei der Erfolg daran gemessen wird, ob die beobachteten Symptome zurückgehen. Es wird ihm damit die Möglichkeit abgesprochen, sich als Subjekt, unter Nutzung aller seiner Ressourcen, zu den gegebenen Bedingungen zu verhalten (vgl. Kampmann; Wenzel, 2004, S. 367f.). Diese

Problematik, die schon in der Diagnose beginnt, wird von Holzkamp (1988, S. 128 zit. nach Kampmann; Wenzel, 2004, S. 367) wie folgt dargestellt:

„Der Diagnostiker seinerseits ist dabei in den Fesseln seiner ‚Verfahren‘ daran gehindert, die Lebensäußerungen des Probanden als die eines Subjekts voll anzunehmen und zu respektieren, da seine so gewonnenen Kommunikationserfahrungen mit seinen ‚diagnostischen‘ Unterstellungen nicht vermittelbar wären und darüber hinaus die gesamte diagnostische Konstellation in Frage stellen müsste.“

Dem psychiatrischen Gespräch wird laut Möller (Möller, 2009, S. 20 f.) eine große Bedeutung zugesprochen, doch auch hier sei die Verhaltensbeobachtung wichtig, da der Wahrheitsgehalt der Mitteilung nicht sicher sei, der Patient könne sich irren oder die Angabe bewusst verfälschen. Also scheint es nicht darum zu gehen einen intersubjektiven Austausch mit einem Menschen zur Klärung einer Problematik zu führen, damit dieser sich darüber klar werden und dazu äußern kann, was in ihm vorgeht und was in seinem Interesse liegt. Vielmehr geht es darum, durch die erhaltenen „Informationen über das Erleben eines anderen“ (ebd.) und durch das beobachtete Verhalten zu einer Beurteilung des Zustandes des Betroffenen zu kommen.

Da das medizinische Krankheitsmodell vor allem Psychosen eben als körperlich, erblich bzw. durch eine Hirnstoffwechselstörung bedingt versteht, wird von unheilbaren Krankheiten gesprochen. Dem Betroffenen wird erklärt, er müsse sein Leben lang Medikamente nehmen. Dieses Verständnis von Psychosen ist verhängnisvoll:

- „weil es Gespräche über die Inhalte der Psychosen und ihre Sinnzusammenhänge mit den vorausgegangenen Lebenskrisen der Betroffenen verhindert,
- weil es den Psychopharmaka höchsten therapeutischen Stellenwert einräumt, obwohl sie nur Symptome verdrängen, aber nicht heilen können,
- weil es die Betroffenen des Sinnes ihrer besonderen seelischen Erfahrungen und damit ihrer Entwicklungsmöglichkeit beraubt,
- weil es die Selbsthilfekräfte blockiert und die Betroffenen ent- statt ermutigt“ (Buck, 2000).

Die Gabe von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika ist nicht unbedingt im Interesse des so behandelten Menschen. Dörner (Dörner et. al., 2009, S. 570) sagt dazu: „Wir brauchen es, dass Du NL nimmst, wir können sonst nicht mit dir sprechen, wir können dich sonst nicht aushalten.“ Insofern geben wir Neuropharmaka auch zu unserer Selbstbehandlung.“ Tölle (1996, S. 223) äußert

sich nicht ganz so offen, aber ähnlich in dem er sagt: „Das Verhältnis des Patienten zu Arzt, Schwester und Pfleger, aber auch zu den Mitpatienten wird entspannt, Psychotherapie wird erleichtert“. Der Mensch wird dadurch also ruhiger, kooperativer, legt seine ablehnende Haltung ab und wird lenkbar. Hier zeigt sich, dass nicht in erster Linie danach gefragt wird, ob es für den betreffenden Menschen sinnvoll ist, diese Medikamente zu nehmen, sondern, dass dadurch in erster Linie den psychiatrisch Tätigen geholfen wird. Es wird deutlich, dass „der betreffende Mensch Objekt des psychiatrischen Vorgehens (auch im o.g. psychiatrischen Gespräche) ist, [...] [und/S.L.] dass er durch eine solche Behandlung, umso mehr auf der Ebene des Objekts zu verbleiben hat“ (Kampmann; Wenzel, 2004, S. 373). Die Neuroleptika wirken auf die emotional-motivationalen und kognitiven Aspekte des Handelns, diese werden gedämpft und unterdrückt. Damit wird die psychische Verarbeitungsweise der gesellschaftlichen Möglichkeiten erschwert, weil z. B. der Zugang zu den eigenen Emotionen verschlossen oder extrem gemindert ist. Die objektive Welt wird so subjektiv verfremdet wahrgenommen, und es ist nicht möglich, Erkenntnisse aus den Emotionen zu ziehen. Die noch vorhandenen Emotionen als Wertung der Wirklichkeit sind nicht mehr verlässlich. Damit ist die Bewusstwerdung des Zusammenhangs zwischen den Emotionen und den realen Lebensbedingungen, die grundlegend für das Erkennen der Problematik und des Auffindens von Lösungsmöglichkeiten sind, fast unmöglich geworden. Durch die Verabreichung der Neuroleptika entfernt sich der Mensch also von den Funktionsaspekten seines Handelns, die zur Lösung der Problematik notwendig wären. Statt also die Grundlage zu schaffen, dass der Betroffene auf seine kognitiven und emotional-motivationalen Funktionsaspekte zurückgreifen und versuchen kann, Zusammenhänge zu verstehen, wird deren Nutzen im psychiatrischen Vorgehen nicht erkannt und gemindert bzw. nicht zugelassen (vgl. ebd.).

Die Vorstellung eines „inneren Feindes“ (Kraepelin, 1918, S. 110f.) – die bisher nicht aufgegeben wurde, höchstens wurde das Wort „Feind“ durch den Begriff „Fehlfunktion im Gehirn“ ersetzt – führt dazu, dass das eigene Erleben nicht angenommen werden kann. Es entstehen Ängste und Ablehnung des eigenen Körpers. Die Idee, dass der Körper oder die Seele Botschaften schickt, die ihren Sinn haben, kann sich nicht durchsetzen. Die Krankheit, die eine „sinnlose“

Fehlfunktion, einen Feind darstellt, kann natürlich keine liebevolle Botschaft beinhalten. Sie kann keine Hilfe darstellen und vielleicht auf etwas hinweisen, was zu lange geschluckt und nicht verdaut wurde. Der Mensch bleibt Opfer seiner „Fehlfunktion“, er bleibt passiv, könnte nur den „inneren Feind“ bekämpfen, da der aber nun einmal in ihm ist, kämpfen die Ärzte und die Medikamente für ihn. Durch die Passivität, in die der Mensch halb gedrängt wird, halb selbst gewählt hat, ist er nicht mehr heilmündig.

Der Arzt möchte den Kampf für seinen Patienten gewinnen, er steht unter dem Druck, das Heilungsversprechen seiner Disziplin zu halten. Und um es halten zu können, beansprucht er Macht und bekommt sie auch vom Patienten (der in Passivität verharrt) zugesprochen. Arzt und Patient gehen von einem absoluten Gesundheitsbegriff aus, den es so gar nicht gibt. Und „bevor beide merken, daß diese Art der Beziehung nur sehr vorübergehend entlastet und einer gemeinsamen konstruktiven Arbeit eher den Boden entzieht, bringen Sie sich in ein Dilemma, das Gewalt auf beiden Seiten wahrscheinlicher macht“ (Bock, 1998, S. 33). Dieses Dilemma entsteht, wenn einer die Rolle des Helfers übernimmt und dabei die Hilflosigkeit des anderen immer wieder bestätigt und ihn in dieser belässt. Friedemann Schulz von Thun (2007, S. 83 ff.) beschreibt dies unter Kommunikationspsychologischem Aspekt.

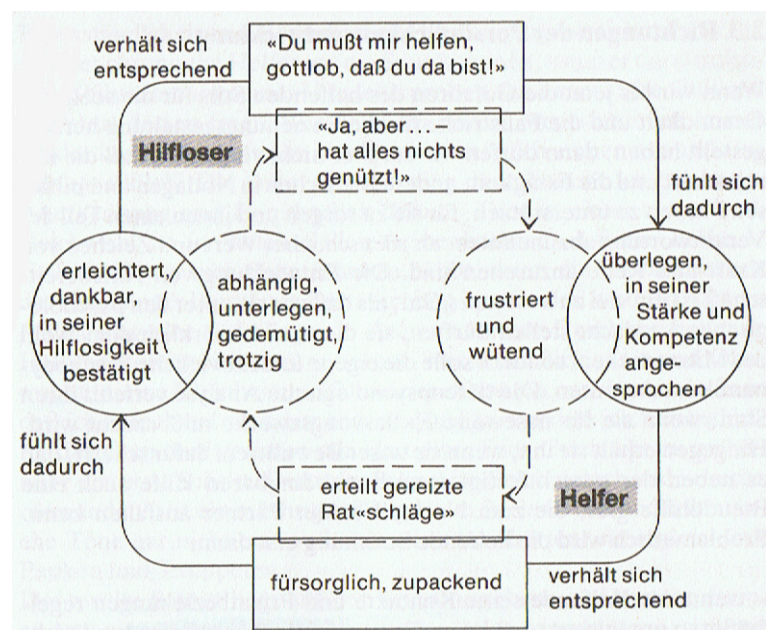


Abbildung 1: Doppelkreislauf beim Helfenden-Kommunikationsstil

Einerseits entsteht ein Kreis (außen) von Dankbarkeit und Fürsorge, unbewusst kommt es jedoch zu Sabotage und Aggression (innen). Denn der Hilfsbedürftige fühlt nicht nur Erleichterung durch die Hilfe, sondern immer auch eine Kränkung, da er seine eigene Hilflosigkeit und Passivität im Gegensatz zu der Stärke und der Souveränität des Helfenden immer wieder zu spüren bekommt.

Wie das „Gesamtpaket Psychiatrie“ wirken kann, soll noch einmal verdeutlicht werden: Thilo von Trotha vom Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt hat selbst Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht. In einem Artikel (KMF, 1991) sagt er, dass erst die Diagnose den Betroffenen aus der Gesellschaft ausschließt, denn diese wird an die Stelle der Realität gesetzt. Der psychotische Mensch wird durch Zwang (Fixierung) ruhiggestellt, damit könne er aber noch umgehen; die Neuroleptika seien schon schlechter zu ertragen, weil diese zu einer „inneren Verzerrung“ (ebd.) führen, doch die verheerendste Wirkung habe die Psychotherapie, da hier solange auf den Menschen eingeredet würde, bis er endlich Krankheitseinsicht zeige. Diese Krankheitseinsicht sei jedoch „die Geburt des psychisch Kranken aus dem Geist der Psychiatrie heraus“ (ebd.). Das Selbstverständnis würde so stark verfremdet, dass sich ein nach innen gerichteter Widerstand bildet, der Resignation und Selbsthass fördere. Er sagt weiter: „Wenn das [Wahnerleben/S.L.] etwas Fremdes, Äußerliches bleibt, besteht immer wieder die Gefahr des Rückfalles“ (ebd.). Dies bestätigt, wie oben schon angesprochen, dass die Sichtweise von psychischen Störungen als einen „inneren Feind“ oder eine „Fehlfunktion“ keine Möglichkeit einer positiven Auseinandersetzung mit dem Erleben bietet und damit verhindert, dass verarbeitet werden kann, was verarbeitet werden müsste.

6.5 Mögliche Gründe für die Beibehaltung des medizinisch-biologischen Krankheitsverständnisses in der Psychiatrie

Die Beständigkeit des traditionellen Krankheitsverständnisses lässt sich laut Güse und Schmacke (1976, S. 274) nicht wissenschaftlich rechtfertigen. Sie verdeutlichen an Beispielen, dass die These der biologischen Festlegung der Psychosen unhaltbar ist. Das medizinische Modell könne die eigentlichen Probleme und Ursachen psychischer Störungen nicht erfassen und ihnen

ausschließlich durch Etikettierung begegnen (vgl. ebd. S. 245). Auch die Annahme der qualitativen Unterschiede bei psychischen Erkrankungen konnte nicht nachgewiesen werden. Das psychiatrische Krankheitskonzept, welches auf einem mechanistischen Biologismus beruhe, sei als fehlerhaft nachgewiesen worden (vgl. ebd.).

Die „Integration der Psychiatrie in die für die staatliche Ordnung relevanten Rechtsgeschäfte“ (ebd. S. 254) sei Grund für die Beständigkeit dieses Krankheitsmodells. Diese Einbettung hatte Einfluss auf die Entwicklung und die Entstehung von Theorie und Praxis im psychiatrischen Kontext. Die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse sollten bestehen bleiben und so wurden die Strafrechtstheorien durch deterministische, präzise Ansätze ergänzt:

„Diese sollten einerseits das Phänomen der Unvernunft erfassen und in das Rechtssystem integrieren, ohne dass die Rechtsgrundsätze aufgelöst werden mussten. Andererseits stand hinter den deterministischen Konzepten das Interesse, Unvernunft und Verbrechen als Variationsmöglichkeit ‚normalen‘ bürgerlichen Verhaltens weitgehend auszuschließen und auf Determinanten zurückzuführen, die naturgegeben und nicht auf die Verhältnisse der bürgerlichen Gesellschaft bezogen waren“ (ebd. S. 255).

Die Psychiatrie ermöglichte ein Definieren und Abgrenzen der „Unvernunft“ durch das biologische Krankheitsmodell. So konnte auch Unzurechnungsfähigkeit definiert werden und das Strafrecht, welches für die freie Wirtschafts- und Sozialordnung als essentiell galt, musste nicht verändert werden. Die Unvernünftigen wurden von der Psychiatrie behandelt und abgegrenzt. Wobei die ökonomische und soziale Situation der verschiedenen Schichten von Seiten der Psychiatrie auf biologische Faktoren festgelegt wurde. Diese Sichtweise entlastete die herrschende Sozial- und Gesellschaftsordnung davon, sich selbst in Frage zu stellen, denn in der Gesellschaft liegende schwierige Bedingungen wurden bei dieser Frage von vornherein ausgelassen. Laut Güse und Schmacke (1976, S. 255) war dieses arbeitsteilige Verfahren von Rechtssystem und Psychiatrie seit dem Ende des 19. Jahrhunderts kaum Veränderungen unterworfen und basiert immer noch auf dem medizinischen Krankheitsmodell. Innerhalb des Rechtssystems ist die verwahrende und kontrollierende Funktion der Psychiatrie erwünscht, also glauben Güse und Schmacke, dass die Psychiatrie angehalten wurde, das „zweckdienliche“ Krankheitsverständnis zu bewahren (ebd. S. 204).

Ein aktuelles Beispiel für diese Zusammenarbeit von Rechtssystem und Psychiatrie ist der Fall Gustl Mollath (dpa/lby, 2013). Herr Mollath soll seine Frau misshandelt haben, ca. ein Jahr nach der angeblichen Misshandlung zeigt sie ihn an, er wird verhaftet und in der Verhandlung attestiert ein Gutachter „gravierende psychische Störungen“ (ebd.). Mollath wird von den Vorwürfen, die seine Frau gegen ihn vorgebracht hat zwar schlussendlich freigesprochen, doch ordnet die Strafkammer seine Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus an, da er „eine Gefahr für die Allgemeinheit darstelle“ (ebd.). Das wäre allein nicht so auffällig, jedoch erstattete Mollath, kurz nachdem ihn seine Frau anzeigte, selbst Anzeige, unter anderem „gegen Mitarbeiter der HypoVereinsbank und 24 Kunden wegen Steuerhinterziehung, Schwarzgeld- und Insidergeschäften“ (ebd.). Diese Anzeige wird jedoch von der Staatsanwaltschaft abgelehnt, die Angaben seien zu unkonkret und würden ein Ermittlungsverfahren nicht rechtfertigen. Dabei wird in einem internen Revisionsbericht der HypoVereinsbank deutlich, dass die Vorwürfe Mollaths zu einem großen Teil begründet waren. Bayerns Justizministerin Beate Merk hatte jedoch noch kurz vor dem Bekanntwerden des Revisionsberichtes gesagt, Mollaths Anschuldigungen gegen die Bank hätten keinesfalls mit der Unterbringung in der Psychiatrie zu tun. Nun hat das Landgericht Bayreuth entschieden, dass Mollath mindestens noch ein weiteres Jahr in der Psychiatrie bleiben muss. Nach Ablauf dieses Jahres sind in Bayern und im Bund die Wahlen vorbei und der mögliche Nachfolger von Frau Merk im Justizministerium ist der jetzige Leiter des Untersuchungsausschusses im Fall Mollath (vgl. Der Freitag – online). Hinzu kommt, dass Frau Gresser, eine Münchner Professorin und Ärztin, die von Mollaths geistiger Gesundheit überzeugt ist, via Twitter meinte, man solle Frau Merk auf einer Wahlkampfveranstaltung doch fragen, wann Gustl Mollath freikäme. Am nächsten Tag schlichen dann zwei Polizisten bei Frau Gresser ums Haus, die ihr nahe legten, nicht zu der Wahlkampfveranstaltung zu gehen und ihre Nachricht auf Twitter zu löschen (vgl. ebd.). Es gibt auch Stimmen die unken, dass Mollath „Selbstmord“ begehen könnte, dann würde sein Fall ad acta gelegt und alles wäre „gut“ (vgl. ebd.). Und, das kann natürlich Zufall sein, sobald Mollath nach der Aussage vor dem Gericht wieder in die Psychiatrie kam, wurde er einer Befragung unterzogen, ob er Selbstmordgedanken habe, was damit begründet

wurde, dass der Weg weit und die Fahrt anstrengend gewesen sei (vgl. Prem, 2013).

7. Alternativen

Es gibt durchaus Alternativen zum medizinisch-biologischen Krankheitsmodell und biologisch-materialistischen Menschenbild. Einige setzen sich direkt mit dem Mensch-Sein in allen Bezügen und mit dem Verständnis von Krankheit auseinander, andere tun dies eher indirekt durch einen anderen praktischen Umgang mit psychisch Kranken.

Thilo von Trotha macht alles an der einen Frage fest, ob ein psychisch Kranker nun wirklich krank sei, oder eine psychische Extremsituation erlebe (vgl. KMF, 1991). Denn wenn derjenige nicht als krank gelte, gäbe es auch keine verwahrenden Krankenhäuser und keine Medikamente für den Betroffenen (vgl. ebd.). Wehde (1991, S. 39) hat Kriterien für „echte“ Alternative Psychiatrie – das heißt für eine an den Bedürfnissen der Betroffenen anknüpfende Psychiatrie – aufgestellt. Eine davon lautet: „die Betroffenen werden nicht als kranke Personen angesehen, sondern als Menschen mit unterschiedlichen Problemen“ (ebd.). Hier wird sich ganz bewusst von dem traditionellen Verständnis psychischer Krankheit abgegrenzt. Ich möchte mich ausdrücklich für diese andere Denk- und Betrachtungsweise aussprechen, jedoch gibt es sozio-ökonomische Gründe, die dafür sprechen den Krankheitsbegriff in diesem Zusammenhang beizubehalten, er muss allerdings *konsequent* (Hervorheb. S.L.) anders definiert werden. Denn wer arbeitsunfähig wird, weil er an der Seele erkrankt (respektive eine psychische Ausnahmesituation durchlebt), hat Anspruch auf Lohnersatzleistungen und durch die Krankschreibung einen Kündigungsschutz, wenn er nicht auf Arbeit gehen kann. Die rechtliche Gleichstellung von körperlichem und seelischem Leid als Krankheit hat zumindest in diesem Zusammenhang einen Sinn.

Bei Psychischer Krankheit wird oft auch von einer Störung gesprochen (vgl. Dörner et al., 2009, S. 17). Das heißt der Betreffende kann eine Störung haben, gestört sein, von sich selbst oder anderen; er kann aber auch andere stören, Entwicklung oder Beziehungen können gestört sein. Laut Grimmschen Wörterbuch heißt es zu stören: „in Bewegung setzen, aufrühren [...] darin herumsuchen, wie stöbern, doch leicht mit dem Beisein von Unordnung, Verwirrung dabei anrichten“

(Grimm, 1991 zit. nach Plog, 1997, S. 121). Der Störende ist also eigentlich jemand, der sucht. Die Bedeutung von „stören“ als belästigen, hindern, beunruhigen entstand erst später (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass die Störung (im Sinne der Belästigung) das ist, was der andere empfindet und nicht das, was der Störende tut. Damit ist die Störung sofort negativ besetzt, da es die „Abwehr des Störers durch die anderen“ enthält (Plog, 1997, S. 121). Versteht man also den psychisch Kranken als einen Suchenden, macht es wenig Sinn, seine Störung –also seine Suchhaltung– zu unterdrücken. Stattdessen ist es wichtig, die Suchhaltung zu fördern, weil der Betroffene aus seiner psychiatrischen Krise besser heraus finden kann, wenn er bei sich selbst anfängt. Er sollte sich nicht auf andere Autoritäten oder Rezepte verlassen, sondern sich seine Geschichte anschauen, die eigenen Versuche, das Scheitern reflektieren und sich „vor allem auf die Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Stimmungen, Emotionen, Erfahrungen [konzentrieren/S.L.], um durch deren Integration zur Veränderung und der Aufhebung der Störung beizutragen“ (ebd. S. 123).

Den Fokus auf die individuelle Wahrnehmung und deren Integration setzt Dorothea Buck noch stärker. Ihrem Verständnis nach sollte vom Psychose-Erleben des Betroffenen ausgegangen, und daraus sollte ein Verstehen abgeleitet werden (vgl. Buck, 1998, S. 13). Der Mensch ist nicht nur soziales Wesen, doch wenn er hauptsächlich als solches gesehen wird, liegt das Interesse auf seinem Verhalten und seinen Symptomen. Dann wird derjenige am Maßstab der Gesellschaft gemessen und seine Abnormalität muss bekämpft werden. Betrachtet man ihn jedoch als Individuum, rücken die persönliche Geschichte und sein Erleben in den Fokus (ebd. S. 13f.). Am Beispiel der Schizophrenie verdeutlicht Buck (ebd.) diesen Ansatz weiter. Sie stellt fest, dass eine Psychose nicht aus heiterem Himmel kommt. Es sind in jedem Fall ein Konflikt oder eine belastende Situation vorausgegangen. Die Inhalte des Erlebens unter der Psychose stehen in einem Sinnzusammenhang mit der vorherigen seelischen Belastung, dies ist manchmal sehr klar zu erkennen, manchmal nicht sofort (ebd. S. 14). Entsprechend kann nur der Betroffene, der weiß, was ihm zugestoßen ist, die Ursache auch finden. Im Psychose-Erleben tritt das normale Bewusstsein in den Hintergrund, an dessen Stelle treten entzogene oder eingegebene Gedanken, oftmals kann zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem nicht mehr unterschieden werden, dabei

scheint alles in einem großen Zusammenhang zu stehen. „Der eigene Wille, das gezielte Denken und das Handeln des Ichs in der Schizophrenie [werden/S.L.] durch den Aufbruch des normalerweise Unbewussten und seine Äußerungen, durch ‚Eingebungen‘, durch die inneren Impulse, durch ‚gehörte Stimmen‘ u. a. ersetzt [...]“ (ebd. S. 16). Es spricht durchaus einiges dafür, dass es sich beim Psychose-Erleben um das Unbewusste handelt, welches versucht, Inhalte zu vermitteln, die das bewusste Ich nicht aufnehmen oder verarbeiten konnte. So kann eine Psychose als ein Heilungsversuch des Körpers verstanden werden (vgl. ebd. S. 18).

C.G. Jung erlebte nach der Trennung von Freud ähnliches und schrieb dazu:

„Eine konsequente Regression bedeutet eine Rückverbindung mit der Welt der natürlichen Instinkte, welche auch in formaler, d. h. ideeller Hinsicht Urstoff darstellt. Kann dieser vom Bewusstsein aufgefangen werden, so wird er eine Neubelebung und Neuordnung bewirken. Erweist sich das Bewusstsein jedoch als unfähig, die einbrechenden Inhalte des Unbewussten zu assimilieren, so entsteht eine bedrohliche Lage, indem dann die neuen Inhalte ihre ursprüngliche, chaotische und archaische Gestalt beibehalten und damit die Einheit des Bewusstseins sprengen“ (Jung, 1912, S. 703 f. zit. nach Buck, 1998, S. 16).

Jung (ebd. S. 766 zit. nach ebd.) gibt auch an, dass es in der Therapie notwendig ist, die Inhalte des Unbewussten ins Bewusstsein zu integrieren, so könne die Spaltung aufgehoben werden. Das Unbewusste spricht in Symbolen und Gleichnissen („archaische Gestalt“), diese müssen also als solche erkannt und verstanden werden. Auch gibt es eine direkte Verbindung zwischen Traum und Psychose. In den Träumen des Nachts finden ähnliche Mittel Anwendung wie bei der Psychose (vgl. Buck, 1998, S. 20). Im Traum können Symbole ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, auch gibt es Angst- und Verfolgungsträume, in denen man immer nur knapp entkommt und ähnliches, wie es auch in der Psychose Angsterleben und „Verfolgungswahn“ gibt. So wie sich der Traum wirklich anfühlt, muss sich das Psychose-Erleben auch echt anfühlen, damit es als Wirklichkeit glaubhaft wird. Das Unbewusste setzt dazu das veränderte „Weltgefühl“ ein (vgl. ebd.). Freud (1987, S. 26 zit. nach Buck, 1998, S. 20) nennt dies im Traum die „Tendenz zur Verdichtung“. Auch dort würden Dinge neue Einheiten bilden, die es im Wachzustand nicht tun. So werden in der Schizophrenie Sinnzusammenhänge geschaffen, die im normalen Erleben nicht zusammen verstanden werden würden.

Die Einsicht, dass das Psychose-Erleben von innen kommt, dass eigene Unbewusste ist, welches in Erscheinung tritt, ermöglicht eine ganz andere Herangehensweise. Begreift sich der Betroffene nur als krank, wird er die Erfahrungen und Wahrnehmungen ebenfalls als wertlos und krank von sich abspalten. Es wird ihn verunsichern und ängstigen. Unter diesem psychischen Druck wird es aber umso leichter sein, einen erneuten Schub zu bekommen (vgl. Buck, 1998, S. 14 und 22). Der natürlich erneut Angst und Unsicherheit hervorrufen wird. So ist Heilung nicht möglich, denn: „Ein so eindrucksvolles und überzeugendes Erleben wie das psychotische kann man nicht als nur ‚krank‘ verdrängen“ (ebd. S. 20). Wenn Traum und Psychose eine gemeinsame Quelle haben, nämlich das Unbewusste, kann die psychotische Vorstellung genauso wenig krank sein, wie es der Traum ist. Die Schwierigkeit bei der Psychose ist, dass sie eben als wirklich empfunden wird. Zumindest nachträglich lässt sich jedoch die Erfahrung auf die Traum-Ebene verschieben, so kann ihr Sinn erhalten werden, ohne dass ihre Wirklichkeit bestehen bleiben muss. Wenn der Betroffene beginnt diesen Zusammenhang zu erkennen und das Erleben aus sich selbst kommend begreift, wird eine kritische Auseinandersetzung damit ermöglicht. Buck sagt, man müsse verstehen, was man erlebt (vgl. ebd. S. 23). Sie glaubt, dass es wichtig ist, z. B. lockere, unbelastete Gruppengespräche mit anderen Betroffenen zu führen, ohne dass eine negativ-Beurteilung von psychiatrischer Seite aus erfolgt. Nur so können sich offene Gespräche über das Psychose-Erleben entwickeln. Das aus-sich-herausbringen und formulieren des Erlebens ist eine große Hilfe bei der Verarbeitung. Auch Niederschreiben kann in diesem Zusammenhang hilfreich sein, um Distanz zur eigenen Wahrnehmung zu schaffen. Bleibt alles im Kopf und darf nicht heraus, muss es verdrängt werden, ist eine Bearbeitung wohl nicht möglich (ebd. S. 22).

7.1 Anthropologisches Krankheitsverständnis

Das anthropologische Krankheitsverständnis sieht in der Psychose einen Ausdruck eines starken inneren Konflikts der sich aufgrund einer biographischen Krise entwickelt hat. Diese Krisen gibt es im Leben eines jeden Menschen und deren Bearbeitung beinhaltet ein großes Wachstums- und Entwicklungspotential. Nun

kann nicht jeder Mensch gleich gut mit Krisen umgehen bzw. gibt es auch äußere Umstände die die Fähigkeit dazu unterschiedlich beeinflussen. „Die Psychose bedeutet zugleich eine Störung der Identität und den verzweifelten Versuch ihrer Rettung“ (Bock, 1998, S. 32). Diese Ambivalenz ist auch in den Symptomen zu spüren und es reicht nicht aus diese einfach schnellstmöglich zu beseitigen. In der Behandlung und Therapie muss es darum gehen weitere Kränkungen zu vermeiden und dem Betroffenen zu helfen Erlebnisinhalte zu verstehen und diese zu integrieren. Somatische Symptome werden dabei nicht geleugnet, aber eher als psychosomatische Ausdrucksform der seelischen Krise betrachtet, also nicht als Ursache der Erkrankung, sondern als ein Symptom (vgl. ebd.).

Entsprechend steht ein Therapeut, der ein anthropologisches Verständnis für psychische Ausnahmesituationen hat, nicht über, sondern neben seinem Patienten. Sie sind beide gleichberechtigte Partner auf der Suche nach einem Verstehen der Krise, einem Weg aus ihr hinaus. Sie versuchen gemeinsam, die Botschaft zu enträtseln, neue Wege zu finden und die Situation zu klären. Dabei bringen beide ihre Erfahrungen ein und wertschätzen ihre Verschiedenheit. Die Beziehung zwischen Therapeut und Betroffenen ist bestenfalls so vertrauensvoll, dass im vorher besprochenen Notfall auch eine Entscheidung gegen den Willen des anderen getroffen werden darf, ohne die Beziehung zu zerstören. Der Therapeut versucht zu verstehen, was in dem anderen vor sich geht und greift nur im äußersten Notfall zu Medikamenten. Unter Krankheitseinsicht versteht er „die eigene Einsicht in biographische Zusammenhänge des anderen und in die Grenzen des eigenen Verstehens“ (ebd. S. 33).

Für diese Sicht auf psychische Ausnahmesituationen gibt es einige Argumente. Zuerst einmal geht eine psychische Erkrankung an die Substanz, sie schöpft alle Ressourcen, die der betroffene Mensch hat, aus. Sie ist eine Gratwanderung, „Depression als Flucht in die Fühllosigkeit, eine Manie als das Aufgeben aller Kompromisse, [...] eine Suchtstörung als Suche ohne Grenzen“ (ebd. S. 34). Die Therapie muss akzeptieren, dass diese seelische Ausnahmesituation zumindest vorübergehend ihren Sinn hat und bereit sein sich auf die Besonderheit der Erlebnisinhalte des anderen einzustellen. Wenn der Therapeut für seine Art der Wahrnehmung beansprucht, dies sei die einzig richtige, dann kann es zu keinem gemeinsamen Entdecken kommen (vgl. ebd.). Der nächste Punkt ist, dass eine

psychische Erkrankung pathologisch allein nicht zu erklären ist. Sie ist nicht nur die Störung, sondern auch der Versuch einer Lösung. Die Erlebnisinhalte ähneln Traumgehalten und können als Selbstheilungsversuch verstanden werden (s. o.). Wird diese Komponente geleugnet, würde ein Verstehenszugang vergeblich werden. Wenn es jedoch gelingt, in dieser Art der Wahrnehmung eigene Kräfte zu entdecken, kann eine ganz neue Sicht auf das Erleben entstehen. Therapeutische Strategien unter der Nutzung des Erlebens fördern Beziehung und ermöglichen dem Menschen einen anderen Zugang zu sich selbst. Wird die Symptomatik um jeden Preis beseitigt, besteht das Risiko sich „vorschnell auf ein reduziertes Leben zu orientieren und eine Negativsymptomatik zu fördern“ (ebd. S. 34). Auch muss beachtet werden, dass lange vor professioneller Hilfe Selbsthilfe in welcher Form auch immer stattgefunden hat. Diese hat vielleicht nicht mehr ausgereicht, aber sie kann weiterhin Hilfe sein, und in der Therapie muss darauf geachtet werden, dass diese ganz eigenen „Regulationsmechanismen weiterhin wirksam bleiben können und nicht abgewertet werden“ (ebd.). Die Hilfe von außen kann dann gut angenommen werden, wenn sie die Selbsthilfestrategien anerkennt und wieder verfügbar macht. Weiterhin ist es dem Selbstverständnis der meisten betroffenen Menschen nicht gerecht, wenn diese psychische Krisensituation nur an einzelnen, äußeren Umständen festgemacht wird. Oft spielen viele innere und äußere Faktoren eine Rolle. Deshalb ist es wichtig, nach Sinnzusammenhängen zu forschen. „Den Körper als Ort von Ursachenforschung zurückzustellen erlaubt, ihn wieder wahrzunehmen als Spiegel der Seele und Ort der Abbildung von Erfahrungen“ (ebd.). Die Sprache sollte nicht nur genutzt werden, um Symptome zu ordnen, sondern um das subjektive Erleben zu begleiten und in die Erfahrungen des anderen einzutauchen. Durch das Aussprechen des Erlebens, was sicher schon alleine deshalb schwierig ist, weil die Worte dazu nicht leicht zu finden sind, kann sich etwas distanzieren und der Zuhörer kann auf diesem Weg eine Hilfe und Begleitung sein. Dies ist vor allem wichtig, weil seelische Störungen oft in Krisensituationen des Lebens auftreten, Bindung in eine eigene Partnerschaft, Lösung vom Elternhaus, Geburt, Verlust von Partnerschaft oder auch Arbeit. Diese Situationen machen verletzlich. Manche Menschen, die sensibler sind, können dies nicht leicht verkraften. Hier macht es besonders Sinn, die Krise biographisch einzuordnen. Mit diesem Wissen und einem Partner, der hilft das Erleben

auszusprechen und zu verstehen ist es möglich aus einer solchen Krise gestärkt und mit Selbstbewusstsein hervorzugehen (vgl. ebd. S. 36f.).

Die Anthropologie betrachtet den „Mensch als ein sich transzendierendes Wesen“ (ebd. S. 36). Aus diesem Grund spielt Religion in der Betrachtungsweise von psychischen Ausnahmezuständen ebenfalls eine Rolle. Die Inhalte von Psychosen können Themen ansprechen, die in den verschiedenen Religionen ebenfalls bestimmend sind. Der Mensch lebt in einem Spannungsfeld von Leben und Tod, Ohnmacht und Eigenverantwortung, Einsamkeit und Angewiesenheit (ebd.). Eine religiöse Erfahrung kann eine Ausnahmesituation hervorrufen, und gleichzeitig kann eine solche Erfahrung, wenn derjenige religiös eingebunden ist, dadurch verkraftet werden, weil er einen Sinn darin sieht oder die Botschaft versteht. In diesem Zusammenhang kann das als psychotisch diagnostizierte Erleben als eine „Rückgewinnung religiöser Spannung oder [...] [eine /S.L.] Rückweisung unangemessener Eindimensionalität“ verstanden werden (ebd.). Schlussendlich ist eine psychische Erkrankung „immer Ausdruck einer *ganzheitlichen Entwicklung* und daher auch zu keinem Zeitpunkt sicher zu prognostizieren“ (ebd. S. 37 /Hervorheb. i. O.). Auch wenn psychische Ausnahmesituationen Spuren hinterlassen können, die eventuell ihre eigene Dynamik entwickeln, sind selbst körperliche Veränderungen Ausdruck des Erlebens. Und es ist nicht mit Sicherheit zu sagen, welche Entwicklung der betreffende Mensch nehmen wird. Er ist ein Individuum und als solches einzigartig, wertvoll und mit Respekt zu behandeln. Nur mit dieser Sichtweise können „psychiatrisch Tätige als Dialog-Partner nützlich werden, die helfen, inneres Erleben und innere Konflikte kommunikabel und damit lebbar zu machen“ (ebd.).

7.2 Das spirituelle Menschenbild

Grundannahme des spirituellen Menschenbildes ist, dass der Mensch ein spirituelles Wesen ist, das eine menschliche Erfahrung macht. Die unsterbliche Seele ist weiterhin mit Gott verbunden und nur der Körper und die Sinne ermöglichen die Illusion, jeder Mensch wäre für sich allein getrennt von den anderen und von Gott (Tipping, 2005, S. 43). Diese menschliche Erfahrung zu machen, hat jeder selbst gewählt und der Plan besteht darin, „ein bestimmtes

Energiemuster in seiner ganzen Fülle zu erleben“ (ebd. S. 44). Damit einher geht die ganze Fülle an Gefühlen zu spüren und diese Energie durch Liebe zu verändern. Damit ist das Leben kein Zufallsereignis mehr. Es bekommt Sinn und Ziel. Es bildet die Grundlage für die Erfüllung eines Plans. Trotzdem hat jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt seines Lebens die Möglichkeit, sich zu entscheiden. Die Realität, in der der Mensch lebt, wird geschaffen von seinen Gedanken und seinen Urteilen. Damit spiegelt die Welt die Überzeugungen desjenigen wieder (vgl. ebd.). Der Mensch wächst in seinen Beziehungen, diese ermöglichen es, Projektionen und Missverständnisse sichtbar zu machen. Die Menschen helfen einander „Unterdrücktes bewusst zu machen und so zu heilen“ (ebd.). So wird nach dem „Gesetz der Resonanz“ (ebd.) genau das angezogen, was derjenige braucht. Wenn jemand z. B. ein Problem mit dem Verlassen werden hat, so werden ihm Menschen begegnen, die ihn verlassen. Auf diese Weise sind sie seine Lehrer (ebd.). Das heißt also, dass das, was auf dem Lebensweg eines Menschen geschieht, aus gutem Grund geschieht. Die Lebensumstände helfen, innerlich zu lernen und zu wachsen. Und die einzige Möglichkeit, aus den verschiedenen Erfahrungen zu lernen, ist die, sie zu durchleben (vgl. ebd. S. 53). Bei dieser Betrachtungsweise ergibt sich ein großer Unterschied im Umgang mit dem, was im Leben eines Menschen geschehen kann. Tipping (2005) nennt dies die „Radikale Vergebung“. Dabei wird davon ausgegangen, dass nichts Falsches geschehen ist und es keine Opfer gibt. Normale Vergebung sucht einen Schuldigen außerhalb des Selbst, Radikale Vergebung sucht in sich selbst nach Gründen. Diese Betrachtungsweise hat einen großen Vorteil, es bedeutet, dass der Mensch sein Leben selbst gestaltet und auch selbst gestalten darf. Er muss nicht mehr Opfer sein. Er darf die Opferrolle verlassen. Das mag zunächst vielleicht auch etwas Angst machen, da die Opferrolle auch Schutz gewährt („Ich kann nichts dafür, ich bin nicht schuld!“), doch hält sie ebenfalls in der Machtlosigkeit. In Punkt 6.4 wurde schon darauf eingegangen, dass die Psychiatrie-Betroffenen häufig in der Objektrolle gehalten werden. Sie werden beobachtet, diagnostiziert, behandelt, und es wird eine Prognose über sie erstellt. Sie sind das Objekt der Behandlung und das Opfer ihrer Krankheit, Opfer der Funktionsstörung des Hirns und Opfer ihrer Symptome. Damit sind sie machtlos und benötigen Hilfe von außen, von Experten, die viel besser wissen, was gut für sie ist. Wird der Mensch aber als Seele betrachtet, die eine menschliche Erfahrung

macht, die sie selbst gewählt hat, die sie aus freien Stücken auf sich genommen hat, dann kann ein Gefühl von Respekt und vielleicht auch Anerkennung für das Gegenüber aufkommen. Und derjenige muss eben nicht mehr Opfer seiner Krankheit, seiner Umstände, seiner Erlebnisse sein. Er darf sich vor Augen führen, dass das, was er durchlebt von ihm selbst zu seinem eigenen Wohl geplant war und dass auch gerade die Menschen, die ihn vielleicht verletzt und besonders gefordert haben, seine Lehrer waren. Damit kann Groll und Zorn losgelassen werden, was für die Heilung seelischer Wunden nur gut sein kann. Der Betroffene ist nun sein eigener Experte und kann in sich selbst nach Antworten suchen. Damit muss er nicht allein bleiben, denn nur im Kontakt mit Menschen kann Heilung geschehen (s.o.). Doch ist er der Schöpfer seiner Realität. Und das ganz wörtlich. Denn Quantenphysiker haben herausgefunden, dass sich Gefühle zu kleinen Energiepartikeln verdichten können und sich zwischen Molekülen und Atomen ablagern, wenn sie nicht als Gefühle ausgelebt werden können (Tipping, 2005, S. 134). Dies kann man als Beweis dafür sehen, dass sich unterdrückte Gefühle direkt im physischen Körper niederschlagen und somatische Veränderungen hervorrufen können.

Die Opferrolle zu verlassen und Verantwortung für das eigene Erleben und die eigene Gesundheit zu übernehmen, hat auch noch einen weiteren Vorteil. Es stärkt die Resilienz, die seelische Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen. Diese ergibt sich aus sieben Faktoren, nämlich Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, verlassen der Opferrolle, Verantwortung übernehmen, Netzwerkorientierung und Zukunftsplanung (Böhme, syst. Beratung).

Bleibt man bei der Betrachtungsweise des spirituellen Menschenbilds ergibt sich ein weiterer Grund, den Mitmenschen mit Liebe und Respekt zu begegnen. Denn wenn es eine Illusion ist, von allen getrennt zu sein, dann ist alles verbunden, auch die Menschen untereinander. Eine junge Frau, die mir sehr nahe steht, sagt immer: „Wir alle sind ein Teil der großen Suppe“. Sie hat schon oft ganz deutlich gefühlt, dass das stimmt – übrigens ohne jemals nur in die Nähe einer psychiatrischen Klinik zu kommen. Wenn das Gegenüber als Teil des eigenen Selbst betrachtet wird, fällt es mit Sicherheit leichter, ihn mit Respekt zu behandeln und ernst zu nehmen. Alle Urteile über das Verhalten und Erleben des anderen können fallen

gelassen werden. Denn wenn sich jeder seine eigene Realität schafft, verliert sie den Absolutheitsanspruch, die einzig richtige zu sein.

7.3 Organisierte Selbsthilfe

Organisierte Selbsthilfe von und für Psychiatrie-Betroffene oder Menschen, die nicht mit der Psychiatrie in Berührung kommen wollen, gibt es schon seit einigen Jahren, und sie stellt durchaus eine Alternative zur klassischen Psychiatrie dar. Zwei unterschiedliche Ansätze von Selbsthilfe sollen hier näher vorgestellt werden.

7.3.1 Das Ikarus-Projekt

Gegründet wurde das Ikarus-Projekt von Sascha DuBrul und Ashley McNamara. Es entstand in einer Lebensphase der beiden, die voller Energie und Kreativität war und von außen häufig als Manie bezeichnet wird (vgl. Mitchell-Brody, 2007, S. 142). Der Name des Projekts stammt von der Geschichte des jungen Ikarus, der von seinem Vater Daedalus Flügel aus Wachs und Federn bekam, um aus einem Labyrinth entkommen zu können. Daedalus warnte Ikarus, nicht zu hoch zu fliegen, da die Sonne das Wachs schmelzen und er in den Tod stürzen würde. Ikarus hörte nicht auf seinen Vater, flog der Sonne entgegen und stürzte in die Ägäis (vgl. ebd.). So wie Ikarus seine Flügel als eine gefährliche Begabung hatte, die ihm bei adäquater Anwendung hätten die Freiheit bringen können, so sehen sich die Menschen, die sich am Ikarus-Projekt beteiligen als ebenfalls mit einer gefährlichen Begabung ausgestattet an: ihrer Verrücktheit. Sie glauben, dass ihr Leben und ihr Geist besonders sensibel und entsprechend zu hegen sind. Sie gehen davon aus, dass sie, wenn es ihnen gelingt den „Raum zwischen dem gleißenden Licht und den schwindelnden Tiefen“ (ebd. S. 143) zu erschließen, Heilung finden können. Das Ikarus-Projekt setzt seine Schwerpunkte auf Inspiration, Kreativität, alternative Heilungsansätze, Selbstbestimmung und Egalitarismus. Jeder Mensch sollte für sich selbst bestimmen dürfen, was psychisches Wohlbefinden für ihn bedeutet (vgl. ebd. S. 144). Entsprechend können sich sehr verschiedene Menschen

mit unterschiedlichen Auffassungen beteiligen, egal ob sie nun Neuroleptika nehmen oder diese ablehnen und sich mit alternativen Heilungsmethoden beschäftigen. Auch die, die einen Zusammenhang zwischen Spiritualität und Verrücktheit sehen, sind willkommen. Jeder soll selbst entscheiden, wie er seine Verrücktheit behandelt und einschätzt (vgl. ebd.). Mit der Verrücktheit, die sonst nur negativ gesehen wird, gehen auch positive Eigenschaften wie Einfühlungsvermögen, Sensibilität, Kreativität, Energie, Mitgefühl, revolutionäre Ideen und Einsicht einher. Auf diese Eigenschaften sind die Menschen stolz. In der gemeinsamen Arbeit wird dies betont. Die Verrücktheit wird als „wesentlicher Aspekt des künstlerischen Geistes“ (ebd. S. 145) erkannt, was sich auch darin bestätigt, dass die Kreativität und Energie bei vielen durch die Einnahme von Neuroleptika ganz erheblich zurückgeht (ebd.).

Die Mitglieder des Ikarus-Projektes haben für sich erkannt, dass sie sensibler sind als die Allgemeinheit. Sie nehmen mehr wahr, achten auf Details, Beziehungen und Stimmungen, die andere vielleicht völlig unwichtig finden oder gar nicht bemerken. Man kann von einer „erhöhten Form der Bewusstheit“ (ebd. S. 146) sprechen, welche oft mit psychischer Krankheit gleichgesetzt und pathologisiert wird. Durch das Leben mit ihrer Verrücktheit haben die Ikarus - Mitglieder die Möglichkeit ihre Erlebnisse mit außergewöhnlichen psychischen Zuständen in eine nützliche Energie umzuwandeln. Sie betrachten sich als „wunde Heiler“ (ebd.) da sie sich nicht nur für sich selbst entwickeln, sondern ihre Erfahrungen auch anderen zu Gute kommen, die ähnliches erleben und denen es ebenfalls gut tut, zu wissen, dass sie nicht allein sind.

Eine Besonderheit des Ikarus-Projektes ist eine ausgeprägte politische Grundhaltung der Mitglieder. Sie sprechen sich gegen Uniformität und Homogenität aus. Sie wünschen sich ein kritisches Auseinandersetzen mit Kapitalismus, Ökologie und der Gesellschaft an sich. Laut Mitchell-Brody ist „Vielfalt [...] wesentlich für das Wohlergehen einer Gesellschaft“ (ebd. S. 147). Auffällige Kinder in der Schule sollten nicht mit Medikamenten ruhig gestellt werden, sondern es sollte überlegt werden, ob sie nicht Anregungen für eine neue Art des Unterrichts mitbringen. Auch Menschen mit Depressionen werden eher als ein Indikator dafür betrachtet, dass die umgebende Gesellschaft in der der Mensch lebt, Veränderungen braucht. Die Mitglieder des Ikarus-Projekts halten es

demnach für wesentlich sinnvoller zu versuchen, Veränderungen auf den Weg zu bringen, anstatt den Menschen beizubringen in einer Welt klar zu kommen, in der es offensichtlich viele Gründe gibt, entrüstet, traurig oder besorgt zu sein (vgl. ebd.). Diese politische Grundeinstellung schlägt sich auch in den Treffen der Mitglieder nieder. Es gibt regelmäßige Treffen in vielen verschiedenen Städten der USA, z. B. New York City, Minneapolis, Portland, Oregon und Philadelphia. Sie arbeiten auch mit anderen Gruppen zusammen wie der Chicago Mad Tea Party, dem Bay Area Radical Mental Health Collective und anderen (vgl. ebd. S. 148). Die Treffen setzen sich meist aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil widmet sich dem Innenleben der Mitglieder. Wie es in klassischen Selbsthilfegruppen die Regel ist, kommt es hier in einem sicheren Rahmen zu einem Austausch ihrer Erfahrungen. Die Kommunikation mit anderen stärkt die Kräfte als „wunde Heiler“, fördert die Entwicklung einer starken Gemeinschaft, bringt sonst eventuell isolierte Menschen zusammen und hilft zu erleben, dass es psychische Gesundheit auch außerhalb der normalen Definition gibt (vgl. ebd.). Der zweite Teil des Treffens richtet sich nach außen. Vielen Mitgliedern ist es zu wenig nur über den Status quo zu sprechen, sie möchten etwas verändern. Deshalb geht es in der gemeinsamen Arbeit von Ikarus auch um organisatorische Arbeit, wie Entwicklung von Informationsmaterial, kulturelle Aktionen (Kunstaussstellungen, Events, Konzerte), Vermittlung, Erweiterung der Webseite und Spendenkampagnen (vgl. ebd.). Ein weiterer Punkt in der Arbeit nach außen ist der Aufbau von Beziehungen und die Zusammenarbeit mit Aktivistengruppen komplementärer Bereiche. Dabei werden auch alternative Heiler und psychiatriekritische Akademiker einbezogen. Dies „verstärkt die breite Basis der Gemeindeunterstützung in Richtung einer facettenreichen Kultur, die tatsächlich eine Alternative zur gängigen Psychiatrie anbietet“ (vgl. ebd. S. 149). Die Mitglieder von Ikarus verankern ihre Visionen in der Realität und schaffen sich so „eine lebenswerte Welt“ (ebd. S. 145). Durch die Gemeinschaft und die gemeinsame Arbeit erhalten die Mitglieder nicht nur mehr Energie und Kreativität, sondern haben auch ein „Sicherheitsnetz“, welches sie auffängt, „wenn das Feuer zu stark brennt“ (ebd.).

Was dieses Projekt für die Mitglieder bedeutet, fasst Mitchell-Brody folgendermaßen zusammen:

„Die Vernetzung im kulturellen Wandel durch das Ikarus-Projekt gibt uns eine neu gefundene Identität als stolze Verrückte, offenbart Verbindungen, wo es vorher nur Isolation gab, und schafft den Ort, an dem wir zusammen psychisches Leid überwinden können, während wir eine Welt aufbauen, in der sich die fantastischen alternativen Visionen unserer gefährlich begabten Geistern reflektieren“ (ebd. S. 149).

7.3.2 Netzwerk zur Unterstützung von Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen

Das Netzwerk zur Unterstützung von Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen orientiert sich am Prinzip der Stimmenhörerbewegung sowie an der Arbeit von Tamasin Knight. Sie ist eine Aktivistin für Menschenrechte und erforschte, wie mit Menschen umgegangen wird, die außergewöhnliche Überzeugungen haben, die im psychiatrischen Setting als Wahnvorstellungen begriffen werden würden. In ihrer Arbeit „Beyond Belief“ (2009, S. 8) schreibt sie, dass es viele Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen gibt, z. B. glauben laut einer Studie aus dem Jahr 1995 45% der Briten, dass es Telepathie gäbe, ohne dass es irgendwelche wissenschaftlichen Anhaltspunkte dafür gibt. Laut Knight (ebd. S. 9) kommt es vielmehr darauf an, ob ein Mensch mit seinen Überzeugungen gut umgehen kann oder ob er dadurch geängstigt und gestresst ist und sein Umfeld in Aufruhr versetzt. In letzterem Fall ist es wesentlich wahrscheinlicher, dass derjenige aufgrund seiner außergewöhnlichen Überzeugungen psychiatrische Hilfe sucht. Wenn diese Menschen sich in eine psychiatrische Klinik begeben, zielt die Therapie darauf ab, den Betroffenen davon zu überzeugen, dass seine Überzeugungen falsch sind und es wird versucht, diese medikamentös zu unterdrücken (vgl. ebd.). Wenn aber der Unterschied zwischen Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen, die Hilfe in der Psychiatrie suchen und denen, die diese nicht benötigen, hauptsächlich darin liegt, dass die einen mit ihren Überzeugungen umgehen können und die anderen nicht, dann wäre es doch besser, am Umgang zu arbeiten, anstatt zu versuchen die Überzeugungen zu ändern (vgl. ebd.). Knight hat Techniken zusammengestellt (ebd. S. 15 ff.), die es dem Betroffenen ermöglichen sollen, ohne Angst mit seinen Überzeugungen leben zu können und die ihm helfen, selbst wieder die Kontrolle über sein Leben zu übernehmen.

Jeder Mensch sollte selbst entscheiden, wie er mit der eigenen Wirklichkeit am besten umgeht. Die eigene Wahrnehmung zu akzeptieren, ist „ein wichtiger Schritt zur Wiedererlangung der Fähigkeit [...], mit den eigenen Erfahrungen klarzukommen“ (May, 2007, S. 124). Die Akzeptanz der eigenen Realität des anderen und dessen ungewöhnlichen Überzeugungen entspricht auch der Theorie des Sozialkonstruktivismus. Im Sozialkonstruktivismus (Burr, 2003) wird ebenfalls davon ausgegangen, dass es nicht eine richtige Weltsicht, sondern viele verschiedene Realitäten gibt, die in verschiedenen Kontexten eingebunden und durch diese konstruiert sind. Laut May (2007, S. 124) ist es wichtig „das Recht der Menschen auf ungewöhnliche Überzeugungen anzuerkennen“. Das Leben in einer multikulturellen Welt ist schwierig, wenn jeder versucht seine Weltsicht als die bessere und überlegenere zu etablieren. Es scheint wesentlich vernünftiger zu sein, den Menschen zu helfen, andere Anschauungen und Verständnisansätze zu tolerieren und so ein problemloses Zusammenleben zu unterstützen (vgl. ebd.). Dies gilt ebenfalls für Menschen mit außergewöhnlichen Wahrnehmungen. May (ebd.) hat festgestellt, dass es hilfreich ist, die Anschauungen des Gegenübers ernst zu nehmen und als wertvoll zu erachten. So kann mit dem anderen gemeinsam heraus gefunden werden, was der beste Weg für ihn sein könnte. Ziel ist nicht, den „Menschen zu helfen die Welt rationaler zu sehen, [sondern ihnen zu /S.L.] helfen, mit ihrem Leben klarzukommen und ihre Version von Realität besser mit ihrem Umfeld abzustimmen“ (ebd.). Hinzu kommt, dass es für viele Menschen, die seit Jahren ihre eigenen Überzeugungen haben, extrem schwer ist, diese loszulassen. Daher ist es für diese Menschen oft viel hilfreicher, wenn ihre Überzeugungen respektiert werden, statt diese als eine Krankheit zu bezeichnen und zu bekämpfen. Die Alternative ist laut May (ebd. S. 125), die Gesellschaft dafür zu sensibilisieren, dass es verschiedene Wege gibt, die Welt zu sehen. In etwa so viele verschiedene, wie es Menschen gibt auf der Welt. Und ob es einem Menschen gut geht oder nicht, hängt nicht von seinen Überzeugungen ab, sondern wie er mit ihnen lebt.

Zum Netzwerk zur Unterstützung von Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen gehören verschiedene Selbsthilfegruppen. In Bradford heißt diese „Believe it or not!“ und zu deren Gründungstreffen war unter anderem ein Schamane namens Odi Oquosa anwesend, der von seinen Erfahrungen mit

Spiritualität zur Überwindung von Traumata und ähnlichem berichtete. Für ihn ist die Verrücktheit der Anfang eines Heilungsprozesses, da das Unbewusste erwachen würde (vgl. ebd. S. 126). Entsprechend dürfe, um zu Heilung zu gelangen, die Wahrnehmung nicht unterdrückt werden, sondern müsse ausgedrückt und verstanden werden.

Joe, ein Mitglied der Gruppe trug ein Gedicht vor, das er aufgrund eines für ihn beeindruckenden Erlebnisses schrieb:

„Als ich einmal spätabends spazieren ging,
kam aus dem Nichts ein Licht
und sagte: Bleib ruhig, renn nicht weg.
Und plötzlich war ich kein Einzelner mehr.
Ich war ein Vogelschwarm, ein Bienenstock,
ich war das Säuseln im Wind.
Ich war ein Gestirn, der Himmel,
ein vorbeiziehendes Gewölk.
Die Flüsse waren ich, das Meer,
das Gras, die Bäume waren ich.
Und ich existierte als alles außer mir selbst.
Aber ich merkte, dass dies nicht ewig dauern kann.
Und da war ich, stand wieder auf dem Weg.
Wenn das Erleuchtung war, ohne den Schatten eines Zweifels,
so bitte, Licht, leuchte mir immer, wenn ich draußen bin“ (zit. nach May,
2007, S. 126).

Ein solches Erlebnis könnte durchaus als Wahnvorstellung verstanden werden. Als Reaktion auf das Gedicht lud die Gruppe jedoch zum nächsten Treffen einen buddhistischen Redner ein, der etwas zum Buddhismus und dessen Grundsätzen erzählen sollte. Joe erzählte diesem Mann von seinem Erlebnis und der Buddhist erwiderte, Joe hätte „eine besondere Begabung“ (ebd. S. 127).

So unterschiedlich kann auf die gleiche Erfahrung reagiert werden. Ich möchte an dieser Stelle einen kleinen Exkurs zur Wahrnehmung machen. Die Farbe, die der Mensch als gelb wahrnimmt, erscheint z. B. Bienen als ein sattes, kräftiges, fast schon dunkles blau. Wer sagt also, dass wir die Farbe „richtig“ wahrnehmen und die Biene das gelb nur als blau sieht? Es könnte doch auch anders herum sein? Eine gute Freundin von mir, geistig völlig gesund, hatte ebenfalls lange Zeit eine Gabe. Sie konnte ihren Führungengel sehen und mit ihm kommunizieren. Und sie sah auch die Führungengel aller anderen Menschen und noch vieles mehr. Sie hat damit gearbeitet, gelebt und es war ihr in vielen Dingen eine Hilfe. In ihrer Arbeit mit mehrfach schwerstbehinderten Kindern fühlte sie instinktiv was die Kinder brauchten und konnte es ihnen geben. Sie hat ihre Wahrnehmungen verstanden

und wusste sie zu deuten. Hätte sie in einer psychiatrischen Klinik davon erzählt, wäre sie mit Sicherheit mit verschiedensten Psychopharmaka behandelt worden. Ein jeder kann selbst entscheiden, ob er diese Erfahrungen einer jungen Frau als Abbild der Wirklichkeit verstehen möchte oder nicht. Wahrnehmung ist eine sehr persönliche Sache. So wie für Menschen die Farbe gelb eben gelb aussieht und für die Bienen blau, so nehmen auch Menschen verschieden wahr. Wer hat dabei zu entscheiden, welche Wahrnehmung die richtige und „wahre“ ist und welche nicht?

Auch die Selbsthilfegruppen des Netzwerkes zur Unterstützung von Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen arbeiten nicht nur nach innen, sondern auch nach außen. Es gibt öffentliche Treffen zum Thema „Geist im Wandel“ in denen „verschiedene Ansätze zu psychischen Problemen diskutiert werden“ (ebd. S. 128). Dazu gehören persönliche Recovery-Berichte, Arbeit mit Klangschalen sowie spirituelle Heilung, Forumtheater um Unterdrückung entgegenzuwirken, angeleitete Meditationen, Theaterworkshops, die Organisation eines verrückte-Kunst-Festivals, zwei bed-pushes (Bettschiebe-Aktionen, in denen symbolisch aus der Psychiatrie geflohen wird, um auf den notwendigen Wandel im psychiatrischen System hinzuweisen) und vieles mehr (vgl. ebd. S. 128 ff.). Durch die Aktivitäten der Mitglieder gewinnen diese einerseits mehr Selbstbewusstsein und gestalten ihr Leben aktiv so, wie sie es möchten, andererseits wird auch die Bevölkerung aufmerksam, toleranter und hoffnungsvoller gegenüber verwirrenden und leidvollen Erlebnissen (vgl. ebd. S. 130).

7.4 Soteria – ein Konzept professioneller Unterstützung

Die Idee der Soteria stammt von Loren Mosher (1993 – 2004), einem amerikanischen Psychiater. Mosher betrachtete die Schizophrenie nicht als Krankheit mit einer körperlichen Ursache, sondern vielmehr als Antwort der Seele auf traumatische Erlebnisse (vgl. Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 150). Auf dieser Grundlage eines nicht biologischen Psychose-Verständnisses entwickelte er zwei Projekte, einmal Soteria von 1971 bis 1983 und außerdem Emanon von 1974 bis 1980.

Eine Besonderheit war, dass Neuroleptika als problematisch erachtet wurden und versucht wurde, auf deren Einsatz, ganz besonders in den ersten sechs Wochen, zu

verzichten. Wenn nach sechs Wochen keinerlei Besserung des Zustandes des Betroffenen eintrat, kam das Neuroleptikum Chlorpromazin zum Einsatz (Mosher; Menn, 1978 zit. nach Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 151). Aber auch dabei wurde darauf geachtet, wie der Betroffene reagierte, und es war ihm freigestellt, auf die Einnahme zu verzichten (Mosher et al., 1994, S. 17 zit. nach ebd.).

Das Projekt Soteria wurde in einem gemütlichen Haus mit 12 Zimmern in San José durchgeführt. Hier fanden sechs bis sieben Menschen Unterkunft, die als „schizophren“ diagnostiziert worden waren und zum ersten oder zweiten Mal einen psychotischen Schub hatten (vgl. Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 150 f.). Das Team bestand aus ca. sieben Vollbeschäftigten und einigen ehrenamtlichen Mitarbeitern. Die Auswahl der Teammitglieder erfolgte eher nach ihren Charakteristika, wie Einfühlungsvermögen, psychische Stabilität, Wärme, Reife und Unabhängigkeit, als nach „formalen Qualifikationen“ (ebd. S. 151). Um Brüche zu vermeiden und mit den Bewohnern längere Zeit am Stück verbringen zu können, blieben die Mitarbeiter in Schichten bis zu 48 Stunden. Ein Psychiater besuchte ein Mal in der Woche die Einrichtung und war ansonsten telefonisch zu erreichen (ebd. S. 151f.).

Soteria war ein niedrigschwelliges Angebot, da es „einfachen Zugang, Auszug und[...] Wiederaufnahme erlaubte“ (ebd. S. 152). Es ging um das Dabeisein der Teammitglieder mit den Bewohnern. In der Regel blieben diese vier bis fünf Monate, wobei sich schon nach sechs bis acht Wochen eine vollständige oder zumindest teilweise Besserung des Zustandes verzeichnen ließ (ebd.). Die Hausarbeiten wurden in einem recht informellen Rahmen gemeinsam erledigt. Statt eines Therapieplanes gab es verschiedene Angebote, wie Yoga, Kunst, Massage, Tanz, Musik, Sport, Gartenarbeit, Kochen und vieles mehr. Wenn dies gewünscht war, wurde bei familiären Problemen der Bewohner vermittelt und bei Konflikten im Haus wurden Meetings zur Klärung abgehalten (vgl. ebd.). Leitlinien für das Verhalten untereinander waren:

- in allem Verhalten vor allem niemandem zu schaden;
- respektvoller Umgang;
- Asyl, Geborgenheit, Schutz, Obdach, Rückzugsmöglichkeit geben;
- Genesung erwarten und die Chance der Betroffenen erkennen, an ihren Erfahrungen zu wachsen;

- eine optimistische Sicht der Dinge;
- auslösende Faktoren in der Biographie der Betroffenen suchen und Erfolgserlebnisse fördern;
- die Bewohner als Experten für sich selbst betrachten und ihre eigenen Pläne für Heilung unterstützen;
- niemandem die Verantwortung für sich selbst abnehmen;
- den Bewohnern helfen, sich wieder nach außen zu orientieren;
- niemand als „schizophren“ bezeichnen und
- auch mit den Bewohnern arbeiten, die verordnete Neuroleptika ablehnen (Mosher; Hendrix, 2004, zit. nach Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 152 f.).

Der Aufenthalt wurde in drei Phasen unterteilt. In der ersten Phase, der „akuten Krise“, ging es um ein Dabeisein, ein flexibles, zwischenmenschliches Mit-Sein in jeder Hinsicht, wobei auch extremes Verhalten toleriert wurde, solange es niemanden gefährdete (vgl. (Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 153). In der zweiten Phase, der „Wiederherstellung“, standen die Integration und Beteiligung an den täglichen Abläufen im Vordergrund. Das bedeutete auch, dass sich die Beziehung zwischen dem Bewohner und den Teammitgliedern wandeln musste. Hatte das Team in der ersten Phase die Rolle von Ersatzeltern inne, sollte nun die Beziehung zwischen Bewohner und Team eher gleichberechtigt sein. Um die Erfahrungen der Psychose verarbeiten zu können, wurde versucht, die Psychose biographisch einzuordnen und in umgangssprachlicher, positiver Form zu benennen. Stabile, von Vertrauen geprägte Beziehungen zwischen den Bewohnern und auch zum Team waren wichtig, um über traumatische Erlebnisse berichten und die Emotionen deutlich aussprechen und fühlen zu können (vgl. ebd. S. 153 f.). Die dritte Phase ist die „Orientierung nach Außen“. In dieser wächst die wiedergewonnene Kompetenz des Bewohners weiter an, und es kommt zu einem weiteren Beziehungsaufbaus innerhalb und außerhalb der Soteria. Ob der Zeitpunkt des Auszugs des Bewohners gut gewählt ist, wurde gemeinsam mit der ganzen Gruppe besprochen. Das soziale Netz, was sich in der Zeit des Soteria-Aufenthaltes gebildet hatte, wurde auch nach dem Weggang aufrecht erhalten, und es bot Hilfe in alltäglichen Dingen, aber auch im Arbeits- oder im sozialen Bereich.

Mosher hielt genau dieses Netzwerk für ganz entscheidend für den Erfolg von Soteria (vgl. ebd. S. 154).

Forschungsergebnisse zeigten, dass die Bewohner der Soteria, von denen nur wenige medikamentös behandelt worden waren, nach 6 Wochen eine ebenso große Verringerung der akuten Symptome zeigten, wie die Teilnehmer der Kontrollgruppe, die in der Klinik die ganze Zeit Neuroleptika bekommen hatten. Nach zwei Jahren zeigte sich, dass die Experimentalgruppen (Soteria I und II) im Vergleich mit den Kontrollgruppen gleich gute Gesamtergebnisse aufweisen konnten und in Bezug auf ein unabhängiges Leben sogar wesentlich besser abschnitten. Soteria I wies außerdem eine niedrigere Rückfallrate als die Kontrollgruppe auf (vgl. ebd. S. 155). In einer Folgeuntersuchung wurde außerdem deutlich, dass die Soteria-Bewohner, deren Behandlung komplett psychopharmakafrei war, in Fragen des beruflichen und sozialen Lebens, der Rückfallvermeidung und Unabhängigkeit signifikant besser abschnitten als die Kontrollgruppe, die mit Neuroleptika behandelt worden waren (vgl. ebd.).

Seit 1984 sind in Europa und in Nordamerika einige Einrichtungen entstanden, die sich an dem Soteria-Ansatz orientieren. Und es gibt in der ganzen Welt Initiativen, die neue Einrichtungen nach diesem Prinzip gründen möchten. In der Fachwelt der Psychiatrie wurde Soteria nicht ernst genommen (vgl. ebd. S. 156). Dies wird einerseits mit der Kritik an der übermäßigen und dauerhaften Gabe von Neuroleptika zu tun haben, andererseits mit der Ablehnung des medizinisch-biologischen Krankheitsmodells und des in-Frage-Stellens der Krankenhausbehandlung als Antwort auf akute psychische Krisen (vgl. Mosher; Menn 1978 und Mosher; Hendrix, 2004 S. 282 zit. nach ebd.). Die verschiedenen Projekte und Einrichtungen, die sich am Soteria-Ansatz orientieren tun dies auf sehr unterschiedliche Weise. So kommt es, dass auch nur einige Soteria-Elemente übernommen werden. Da hier die Gefahr der „Verwässerung und Entartung des Soteria-Konzeptes“ (ebd. S. 158) besteht, haben Mosher und Ciompi (2004) Kriterien erstellt, die eine Einrichtung erfüllen muss, bevor sie sich „Soteria“ nennen darf. Diese Kriterien beschreiben das Soteria-Konzept, so wie es in den USA durchgeführt wurde. Die Einrichtung muss z. B. klein und gemeindenah sein, auf freiwilliger Basis, offen und bei Bedarf intensive und kontinuierliche Betreuung ermöglichen. Neuroleptika dürfen nicht oder nur sehr niedrig dosiert über einen

geringen Zeitraum verabreicht werden. Es sollen positive Erwartungen an die Bewohner gestellt werden, ein respektvolles Umfeld soll vorhanden sein, die Entscheidungsfreiheit der Bewohner muss garantiert werden usw. (vgl. Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 159 f.).

8. Theorie-Praxis-Reflexion

Während der intensiven Beschäftigung mit dem Thema „Das Menschenbild in der Psychiatrie – historischer Abriss, aktuelle Situation und Alternativen“ ist mir bewusst geworden, dass das Menschenbild in der Psychiatrie nicht unabhängig vom gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Verständnis des Mensch-Seins gesehen werden kann. In der historischen Betrachtung wird deutlich, dass das Handeln der psychiatrisch Tätigen stets fest im gesellschaftlichen Kontext verankert ist. Das in der Gesellschaft vorherrschende Menschenbild spiegelt sich in der Psychiatrie und ihrer Methodik wieder. Erschreckende und grausame Ausmaße nahm dies z. B. zu Zeiten des Nationalsozialismus an, in dem die Vernichtung „unwerten Lebens“ als Heilbehandlung angepriesen wurde. Aber auch unter anderen Regierungen wurden Menschen, die aus verschiedensten Gründen als ökonomisch unnütz oder gesellschaftlich störend empfunden wurden, „unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ (Psychiatrie-Enquete, 1975 zit. nach Finzen; Schädle-Deininger, 1979) interniert, wie es in dem Bericht der Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquete heißt. Was bedeutet, dass diese Zustände bis in die Mitte der 1970er Jahre angehalten haben. Nun haben sich ohne Zweifel die Umstände in den psychiatrischen Krankenhäusern gebessert und die Verweildauer sinkt, doch ist dies mit einer Änderung des Menschenbildes einhergegangen? Wurde die verobjektivierende Sichtweise auf den Mensch verändert? Betrachtet man die bevorzugte Behandlungsmethodik und die Art und Weise der Behandlung, lässt sich darauf mit einem klaren „Nein“ antworten. Der Mensch, der eine psychische Ausnahmesituation erlebt, wird in erster Linie körpertherapeutisch mit Medikamenten behandelt. Er wird beobachtet, diagnostiziert, therapiert und es wird eine Prognose erstellt. Er selbst bleibt dabei völlig passiv. Das Wichtigste scheint zu sein, seine Störung in den Griff zu bekommen und seine Symptomatik zu unterdrücken. Es scheint keinen Raum zu geben für Anders-Sein. Der Mensch soll funktionieren, gleich geschaltet,

bitteschön, wie alle anderen auch. Der Kapitalismus, der dem Geld mehr Wert und Nutzen einräumt als dem Menschen, ist weiter auf dem Vormarsch (vgl. Dörner et al., 2009, S. 15), es werden Banken gerettet mit Milliarden von Euro und sozial Schwache sollen von knapp 400 Euro monatlich leben. Der Sozialstaat wird nicht nur abgebaut, das Sozialwesen wird auch ökonomisiert (vgl. ebd.). Der Wert des Menschen wird wieder daran gemessen, wie nützlich er ist. Das Lebensrecht Sozial Schwacher und Behinderter wird in Frage gestellt, die Tötung aus Mitleid empfohlen, und das wird dann „Bioethik“ genannt (vgl. ebd.). Die wirtschaftlichen Interessen scheinen über denen der Einzelnen zu stehen, und damit diese Interessen, z.B. der Pharmaindustrie, gewahrt bleiben, beginnt diese, Angehörigenverbände (NAMI und EUFAMI) zu sponsern und zu beeinflussen (Lehmann, 2007, S. 16). Das gesamte Medizinsystem ist in ökonomische Abhängigkeit der Pharmaindustrie geraten, was einseitige biologische Forschungsansätze unterstützt (vgl. Aderholz; Stastny; Lehmann, 2007, S. 163). In England versucht man, den Einfluss der Pharmaindustrie auf das Medizinsystem, Patientenorganisationen und Organisationen der Eltern zu minimieren (vgl. ebd.). In Deutschland wird stattdessen festgelegt, dass nur die Pharmafirma selbst den Mehrnutzen einer neuen Substanz feststellen darf, und andere unabhängige Studien dazu werden nicht mehr anerkannt, selbst wenn sie im Auftrag der Krankenkassen erstellt wurden (Gräber, 2013).

Solange der Mensch als in erster Linie für die Gesellschaft nützlich oder unnützlich gesehen wird, solange wird auch im Umgang mit dem Menschen nicht seine Individualität gesehen, sondern nur seine „Verwertbarkeit“. Um Veränderungen zu ermöglichen sind grundlegende neue Definitionen vom Mensch-Sein und von psychischer Krankheit notwendig. Über die vielen Jahre der Psychiatriegeschichte hinweg wurden die Psychiatrie-Betroffenen nicht von ärztlicher Seite angehört. Experten, Ärzte, Irrenhausverwalter usw. entschieden und experimentierten damit, wovon sie meinten, dass es für den betreffenden Menschen das Beste wäre. Je nach gängiger Auffassung bedeutete dies: einsperren, festschnallen, übergießen mit kaltem Wasser, sinnlose Arbeit, sinnvolle Arbeit, Zwang (physisch und psychisch), Operationen, Elektro- oder Insulinschock, Neuroleptika, Sterilisation oder sogar den Tod. Bisher sind die meisten dieser Experten nicht wirklich auf die Idee gekommen, den betreffenden Menschen zu fragen, was er glaubt, was ihm gut

tun könnte, oder wo er die Ursachen für seine Probleme sieht. Diese Arroganz, ganz selbstverständlich davon auszugehen, besser zu wissen, was für den anderen gut ist – schließlich ist er verrückt, was soll er da wissen!-, offenbart eine abschätzige Haltung dem Betroffenen gegenüber.

Die vorgestellten Alternativen versuchen stets eine ganz andere Haltung an den Tag zu legen. Nicht die Krankheit steht im Mittelpunkt, sondern der Mensch, von dem prinzipiell angenommen wird, dass er selbst die Lösung seines Problems in sich trägt. Durch einen anderen Umgang mit sich selbst, durch ein Suchen in sich nach anderen Wegen, die ihm gut tun, durch Aktivierung der Selbstheilungskräfte, Selbsterkenntnis, Akzeptanz und dem Verlassen der Opferrolle kann der Betroffene wieder aktiver Gestalter seines Lebens werden. Es wird stets versucht eine Unterdrückung der Symptomatik und ein Unterdrücken von Emotionen zu vermeiden. Auch die Auswertung der Fragebögen ergab, dass die betroffenen Menschen sich wünschen, gesehen, gehört und ernst genommen zu werden. Dies erfordert aber den Aufbau von Beziehungen, welche im klassischen Klinik-Setting vermieden werden, wie die Fragebogenauswertung zeigte.

Das Konzept der Soteria betont wiederum die Notwendigkeit und Wichtigkeit des Beziehungsaufbaus, einerseits zwischen den Bewohnern und andererseits zwischen Team und Bewohnern. Es ging um ein Dabeisein, ein Mit-Sein. Dies ist nur möglich mit Beziehung. Denn ist eine tragfähige Beziehung vorhanden, kann gemeinsam danach gesucht werden, welcher Weg für den betreffenden Menschen der Beste ist. Und dass dies gut funktioniert (und sogar am besten ohne jegliche Gabe von Neuroleptika), haben die Forschungsstudien zum Soteria-Projekt gezeigt. Auch durch die praktische Arbeit der Selbsthilfeorganisationen, die auf Beziehungen und den Aufbau von Gemeinschaft setzen, wird dieses Prinzip deutlich. Besonders interessant ist, dass die verschiedenen Selbsthilfeansätze nicht nur nach innen, für sich selbst arbeiten, z.B. mit gegenseitiger Unterstützung und Hilfe, sondern sie versuchen auch m. E. nach, notwendige gesellschaftliche Veränderungen auf den Weg zu bringen. Sie haben die Kraft und die Visionen für eine andere, offenere Gesellschaft zu arbeiten. Notwendige Veränderungen müssen auch in der Gesellschaft beginnen, ein Umdenken im psychiatrischen Bereich allein genügt nicht. Gesellschaft, Forschung, Wissenschaft sind verknüpft und bedingen einander. Wenn weiterhin daran festgehalten wird, dass der Mensch nur das ist,

was man sieht und anfassen kann, es nur eine Realität und Wahrheit gibt, nämlich die, die messbar ist, dann wird alles abweichende Verhalten und Erleben als krank und/oder falsch verstanden. Dies führt automatisch zu einer Ausgrenzung anders denkender, fühlender, erlebender.

9. Abschließende Worte

Das menschliche Leben und die Aufgaben, die auf dem Lebensweg auf den Einzelnen zukommen, sind nicht vorausszusehen. Es gibt keinerlei Sicherheiten, auch wenn wir uns diese wünschen und versuchen, durch wissenschaftliche Errungenschaften soviel Sicherheit wie nur möglich herzustellen. Jeder Mensch, auch wenn er in einer Krise steckt und in seinen Fähigkeiten eingeschränkt sein mag, hat etwas Vollkommenes, Strahlendes in sich. Man könnte es den göttlichen Funken nennen. Und dieser leuchtet und blitzt immer wieder durch die Schale, den Panzer hindurch. Hat man einmal diesen Funken gesehen und hält danach Ausschau, sieht man ihn immer wieder und weiß, jeder Mensch ist in seiner Einzigartigkeit wertvoll, egal was er gerade mit sich herumträgt. Dieser Einzigartigkeit sollte mit Respekt und mit Staunen begegnet werden, anstatt zu einer Uniformität zwingen zu wollen.

10. Abkürzungsverzeichnis

DGPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DSM	Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders
EUFAMI	European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
NAMI	National Alliance for the Mentally Ill
V.I.P.	Verein zur Integration psychosozial behinderter Menschen

11. Literaturverzeichnis

Aderholz, V. / Stastny, P. / Lehmann, P. (2007). Soteria. Eine alternative psychosoziale Reformbewegung. In: Lehmann, P. / Stastny, P. (Hrsg.) (2007) Statt Psychiatrie 2. Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 150-165

Blasius, D. (1980). Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt am Main: S. Fischer

Bock, T. (1998). Zur Selbstverständlichkeit psychischer Erkrankungen – Argumente für eine anthropologische Sicht. In: Bock, T. / Weigand, H. (Hrsg.) (1998). Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 30-41

Buck, D. (1995). Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland. In: Bock, T. / Buck, D. / Gross, J. / Maß, E. / Sorel, E. / Wolpert, E. (Hrsg.) (1995) Abschied von Babylon. Verständigung über die Grenzen der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 45-52

Buck, D. (1998). Selbst-Verständnis von Psychosen und Depressionen. In: Bock, T. / Weigand, H. (Hrsg.) (1998). Hand-werks-buch Psychiatrie Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 13- 29

Burr, V. (2003). Social Constructionism. East Sussex: Taylor & Francis

Deister, A. (2009). Soziotherapie und psychiatrische Rehabilitation In: Möller H.-J. / Laux, G. / Deister, A. (2009) Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Diepgen P. / Heischkel E. (1935). Die Medizin an der Berliner Charité bis zur Gründung der Universität. Berlin: J. Springer

Dörner, K. (1967). Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. In Vierteljahresheft für Zeitgeschichte. Heft 2. S. 121 – 152

Dörner, K. (1984.) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt

Dörner, K. / Plog, U. / Teller, C. / Wendt, F. (2009) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Finzen, A./ Schädle-Deininger, H. (1979). Unter elenden menschenunwürdigen Umständen. Die Psychiatrie-Enquete. Wunstorf/ Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag

Finzen, A. (1998). Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Bonn: Edition das Narrenschiff

Foucault, M. (1996). Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Güse, H.-G. / Schmacke, N. (1976). Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. 2 Bände. Kronberg: Athenäum

Griesinger W. (1861). Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende. Nachdruck der unveränderten 2. Auflage. Amsterdam: E. J. Bonset (1964)

Jaeger S. / Staeuble I. (1978). Die Gesellschaftliche Genese der Psychologie. Frankfurt am Main: Campus

Kampmann H. / J. Wenzel (2004). Psychiatrische und Antipsychiatrische Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit. Berlin: Antipsychiatrieverlag

Keupp, H. (1988). Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg: R. Asanger

Klee, E. (1994). Die Psychiatrie krankt an ihrem Menschenbild. In: Die Zeit Nr. 23 S. 52

Knight, T. (2009). Beyond Belief. Alternative Ways of Working with Delusions, Obsessions and Unusual Experiences. Berlin: Antipsychiatrieverlag

Kraepelin E. (1918). Hundert Jahre Psychiatrie. Berlin: J. Springer

Kraepelin E. / Lange J. (1927) Psychiatrie. Leipzig: J. A. Barth

Krüll, M. (1986). Schizophrenie und Gesellschaft. Zum Menschenbild in Psychiatrie und Soziologie. Frankfurt am Main: Fischer

Kurz, R. (2001). Schwarzbuch Kapitalismus. Ein Abgesang auf die Marktwirtschaft. München: Econ Ullstein List Verlag GmbH und Co. KG

Laux, G. (2009). Therapie. In: Möller H.-J. / Laux, G. / Deister, A. (2009) Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Lehmann, P. (2007). Weshalb uns die Psychiatrie nicht glücklich macht. In: Lehmann, P. / Stastny, P. (2007) Statt Psychiatrie 2 Berlin: Antipsychiatrieverlag S. 15-16

May, R. (2007) Zur Wiederaneignung verrückter Erfahrungen. Gruppen für Menschen mit außergewöhnlichen Überzeugungen. In: Lehmann, P. / Stastny, P. (Hrsg.) (2007) Statt Psychiatrie 2. Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 119-130

Mitchell-Brody, M. (2007) Das Ikarus-Projekt. Gefährliche Begabungen, schillernde Visionen und eine Gemeinschaft von Verrückten. In: Lehmann, P. / Stastny, P. (Hrsg.) (2007) Statt Psychiatrie 2. Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 141-149

Möller, H.-J. (2009). Untersuchung psychiatrischer Patienten. In: Möller H.-J. / Laux, G. / Deister, A. (2009) Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Möller, H.-J. / Laux, G. (2009). Einführung. In: Möller H.-J. / Laux, G. / Deister, A. (2009) Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Mücke, K. (1992). Kritik der Psychiatrischen Diagnostik: Implikationen und Konsequenzen des „diagnostischen Blicks“ in der Psychiatrie. In: Forum Kritische Psychologie, 29, S. 130-147

Okuda, H. (2010). Die merkwürdigen Fälle des Dr. Irabu. München: btb Verlag

Plog, U. (1997). S t ö r u n g – Zum Psychriatriebegriff in „Irren ist menschlich“. In: Kemper, U. / Nübel, G. (Hrsg.) (1997). Mit den Schwächsten beginnen. Zum Menschenbild in der Psychiatrie. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss S. 119- 132

Roer, D. / Henkel, D. (1996). Psychiatrie im Faschismus. Frankfurt am Main: Mabuse

Schindler, R. (1982). Ergebnisse und Verlaufsbilder langjähriger depotneuroleptischer Behandlungen. In: Kryspin-Exner, K. / Hinterhuber, H. / Schubert, H. (Hrsg.) (1982) Ergebnisse der Psychiatrischen Therapieforschung. Stuttgart / New York: F.K. Schattauer

Schulz von Thun, F. (2007). Miteinander Reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt

Simon, H. (1929). Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Nachdruck der unveränderten Auflage von 1929. Bonn: Psychiatrie-Verlag (1986)

Spieker, S. (2004). Bedarf oder Bedürfnis?! Alternative (zur) Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrieverlag

Thoma, P. (1978). Psychische Erkrankung und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Campus

Tipping, C.C. (2005). Ich vergebe. Der radikale Abschied vom Opferdasein.
Zwickau: J. Kamphausen Verlag und Distributions GmbH

Tölle, R. (1996). Psychiatrie. Berlin / Heidelberg: Springer

Wehde, U. (1991.) Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene.
Berlin: Antipsychiatrieverlag

Wenzl, H. (1988). Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. In: Rexilius, G. (Hrsg.)
(1988) Psychologie als Gesellschaftswissenschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag

12. Quellenverzeichnis

Buck, D. (2000). Das Leiden am medizinischen Krankheitsmodell in der (Gemeinde) –Psychiatrie.

<http://www.mut-zum-anderssein.de/freiraumbuck1.html> 17. 06. 2013

dpa/lby (2013). Mollath muss bis 2014 in Psychiatrie bleiben.

<http://www.augsburger-allgemeine.de/bayern/Mollath-muss-bis-2014-in-Psychiatrie-bleiben-id25617766.html> 18. 06. 2013

Der Freitag (2013). Der Fall Mollath- Rechtsstaat ade!

<http://www.freitag.de/autoren/waschi/der-fall-mollath-2013-rechtsstaat-ade>
18.06.13 19:34 Uhr

Gräber, R. (2013). Viele neue Medikamente sind Flops.

<http://www.yamedo.de/blog/viele-neue-medikamente-sind-flops-2013/>
11. 07. 2013

KMF (1991). Der Eppendorfer – Zeitschrift für die Psychiatrie, Nr. 2, 1991, S. 29

<http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/eppendorfer-kekse.pdf>
08. 07. 2013

mmq/dpa/dapd (2013). Rapider Anstieg: Psychische Erkrankungen verursachen

54 Millionen Fehltage. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/psychische-erkrankungen-krankschreibungen-steigen-a-830519.html> 17.10. 2013

Mohelsky, H. (1994) <http://www.mut-zum-anderssein.de/freiraumbuck1.html> 17.

06. 2013

Prem, U. (2013) Gustl Mollath die Dritte - und schon wieder...

<http://muschelschloss.blogspot.de/2013/06/mollath-11062013-demutigende-schikane.html> 18. 06. 2013

Unterlagen aus Seminaren:

Böhme, F. Systemische Beratung 2, Zweites Semester, BA Breitenbrunn, eigene Mitschrift

13. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildungen		Seite
Abbildung 1:	Doppelkreislauf beim Helfenden-Kommunikationsstil	69
Tabellen		
Tabelle 1:	Alter der Befragten	51
Tabelle 2:	bisherige Aufenthalte in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Einrichtung	52
Tabelle 3:	Frage nach dem Inhalt des Anamnesegespräches	53
Tabelle 4:	Wurden Sie befragt zu Ihren damalig aktuellen Empfindungen/Wahrnehmungen?	54
Tabelle 5:	Wurde mit Ihnen ausführlich darüber gesprochen, wie Ihre Erkrankung eventuell entstanden sein könnte und wie behandelt werden kann?	55
Tabelle 6:	Gab es Versuche Ihre Krankheit oder Ihr Erleben als durchaus sinnvoll bzw. positiv zu deuten?	56
Tabelle 7:	Wurden Ihre Angehörigen mit einbezogen?	56
Tabelle 8:	Hatten Sie den Eindruck, dass eher mit Ihren Angehörigen statt mit Ihnen über die weitere Behandlung und deren Möglichkeiten gesprochen wurde?	57
Tabelle 9:	Wurden Sie in die Findung, der für Sie passenden Behandlungsmethode einbezogen und Ihre Wünsche berücksichtigt?	57
Tabelle 10:	Wie wurden Sie (in den meisten Fällen) behandelt?	59
Tabelle 11:	Auf welcher Behandlungsmethode lag Ihrem Empfinden nach der Fokus von Seiten der Einrichtung her?	59
Tabelle 12:	Hatten Sie das Gefühl, dass Sie partnerschaftlich, also auf Augenhöhe behandelt wurden oder hatten Sie den Eindruck eher entmündigt worden zu sein?	60

Selbstständigkeitserklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die Zustimmung des Praxispartners zur Verwendung interner Unterlagen habe ich eingeholt. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder veröffentlicht noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Chemnitz, den 29. 07. 2013

Anlagen

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Fragebogen

Seite 3 bis 5

Fragebogen – Sara Lehmann, Studentin Sozialpädagogik (BA)

Diplomarbeit „Das Menschenbild in der Psychiatrie – historischer Abriss, aktuelle Situation und Alternativen“

1. Wie alt sind Sie?

- unter 25
- 25 -34
- 35 – 44
- 45 – 54
- 55 – 64
- über 64

2. Wie oft waren Sie schon in einer stationären oder teilstationären psychiatrischen Einrichtung? (Bei Unsicherheit geschätzte Angabe)

3. Hatten Sie bei der Aufnahme in einer solchen Einrichtung ein ausführliches Anamnesegespräch? Das heißt, wurden Sie ausführlich gehört zu:
(Mehrfachnennungen möglich)

- Ihren Vorerkrankungen (psychisch wie physisch)
- und deren bisheriger Behandlung
- Ihrer familiären Situation
- Ihrer Arbeitssituation
- bedeutsamen Erlebnissen Ihres bisherigen Lebens
- Sorgen/Ängsten/ evtl. Überforderung
- Trauer/Kummer
- sonstiges:

4. Wurden Sie befragt zu Ihren damalig aktuellen Empfindungen/Wahrnehmungen? Wie Sie sich und Ihre Umwelt wahrgenommen haben, was Sie wahrgenommen haben und wie Sie dies empfunden haben?

- Ja
- teilweise
- Nein

5. Wurde mit Ihnen ausführlich darüber gesprochen, wie Ihre Erkrankung eventuell entstanden sein könnte und wie behandelt werden kann?

- Ja
- teilweise
- nein

6. Und wenn mit Ihnen darüber gesprochen wurde, gab es Versuche Ihre Krankheit oder Ihr Erleben als durchaus sinnvoll bzw. positiv zu deuten?

- Ja
- teilweise
- Nein

7. Wurden Ihre Angehörigen mit einbezogen? z. B. durch Aufklärung über die Erkrankung, die mögliche Behandlung und mögliche Folgen der Behandlung

- Ja
- teilweise
- Nein

8. Wenn Ja, hatten Sie den Eindruck, dass dann eher mit Ihren Angehörigen statt mit Ihnen über die weitere Behandlung und deren Möglichkeiten gesprochen wurde?

- Ja
- teilweise
- Nein

9. Wurden Sie in die Findung, der für Sie passenden Behandlungsmethode einbezogen und Ihre Wünsche berücksichtigt?

- Ja
- teilweise
- Nein

10. Wie wurden Sie (in den meisten Fällen) behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Medikamentös, aber nur in der Anfangsphase
- Medikamentös auf Dauer
- Psychotherapie (Einzelgespräche)
- ergotherapeutische Angebote (z.B. malen, töpfern, basteln, kochen, nähen etc.)
- Gruppentherapie
- Sportangebote
- sonstiges:

11. Und auf welcher Behandlungsmethode lag Ihrem Empfinden nach der Fokus von Seiten der Einrichtung her?

12. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie partnerschaftlich, also auf Augenhöhe behandelt wurden oder hatten Sie den Eindruck eher entmündigt worden zu sein?

- auf Augenhöhe
- teils teils
- entmündigt

13. Gibt es etwas, was Sie sich für Ihre stationäre oder teilstationäre Behandlung anders gewünscht hätten?

Ich danke Ihnen für Ihre Hilfe und Ihre Offenheit!