

Die
westdeutsche
Psychiatrische Anstalt
als
totale Institution

Inhalt

	<u>Seite</u>
I. Zum Problem	2
II. Historische Einflüsse	3
III. Faktoren und ihre Wirkung	6
1. Standort, Baulichkeiten, Ausstattung	6
2. Das Personal	8
a) Ärzte und wiss. Personal	8
b) Pflegekräfte	10
3. Der Patient	12
a) Das Aufnahmeverfahren	12
b) Die alltägliche Situation	13
c) Anpassungsmechanismen	16
IV. Die Ignoranz der Gesellschaft und die Schizophrenie der Institution	18

I. Zum Problem

Mit dem soziologischen Begriff "totale Institution" kennzeichnen wir in Anlehnung an Amitai Etzioni, Renate Mayntz und Erving Goffman solche sozialen Einrichtungen, deren System so organisiert ist, daß die Lebensäußerungen der zu diesen Institutionen gehörenden Individuen umfassend geregelt werden (z. B. Strafanstalten, Klöster, Internate usw.). Je umfassender die Regelungen sind, und je nachdrücklicher sie durchgesetzt werden, desto größer sind die Veränderungen, die das Individuum in seinem Wesen erfährt.¹

Unter diesem Aspekt seien hier jene psychiatrischen Anstalten der BRD betrachtet, die zwar den weitaus größten Teil aller psychiatrischen Patienten verwahren, aber im Unterschied zu psychiatrischen Universitätskliniken und spärlichen kleinen Modelleinrichtungen nicht entfernt ein ihrer Insassenzahl entsprechendes Interesse genießen.

Die Erkenntnisse und Arbeitsbegriffe Goffmans werden zum Nachlesen empfohlen.²

Diese Darstellung soll in ihrer bewußten Konkretisierung einerseits die nicht Jedem einsichtigen Erkenntnisse Goffmans veranschaulichen und zum anderen (unter Andeutung historischer Einflüsse) die besondere Eigenart solcher Institutionen in der Bundesrepublik illustrieren. -

Die Bewußtmachung dieser Zustände in größeren Bevölkerungskreisen hat sich als zur Abhilfe dringend notwendig erwiesen - wenn auch z. B. Psychiater Dr. Dr. Lotte Thewaldt - durchaus typisch - von ihr so bezeichnetes "soziologisches Gefasel" als Eindringen in ärztliche Zuständigkeiten ablehnt.³

¹ Renate Mayntz, Soziologie der Organisation, Hbg. 1963 (Einf.).

² Goffman, "Asylums - Essays on the social situation of mental patients and other inmates", deutsch: "Asyle", Suhrkamp-Verlag 1972.

³ DEUTSCHES ARZTEBLATT ³/1970, "Psychiatrie à la Germanistik".

II. Historische Einflüsse

Bis ins 17. Jahrhundert war soziales Verhalten nur in den Städten und Klöstern so streng geregelt, daß abweichendes Verhalten dort als solches in Erscheinung trat und entsprechende Gegenmaßnahmen bewirkte (Narrenkäfige), während auf dem Lande Devianten durchaus noch soziale Funktionen erfüllten (z. B. Bote, Prügelknecht, Sexualkundler usw.).

Ein wesentlicher "Fortschritt" zeigte sich im 17. und 18. Jahrhundert durch die Einrichtung des "Zucht-, Toll-, Witwen-, Armen- und Waisenhauses". Das Motiv war ordnungspolitischer und wirtschaftlicher Natur, indem durch die gemeinsame - und damit kostensparende - Unterbringung solcher Randständiger, die keineswegs alle als Delinquenten in Erscheinung getreten waren, sowohl das äußere Image des Staates gepflegt als auch die Finanzen des Fürsten aufgebessert wurden (Verpachtung an private Unternehmer).

Modernere Gesichtspunkte - offenbar unter englisch/puritanischem Einfluß - zeigte im 18. Jahrhundert das Zucht- und Tollhaus Celle, in dem Kriminelle und Irre zwar nicht der Art ihrer Devianz aber ihrem Geschlecht entsprechend getrennt wurden. (Siehe dazu Fußnote 27).

Die Zeit der Aufklärung brachte mit der Erkenntnis, der Narr sei heilbar, eine Reihe imponierender Vorschläge von Seiten einzelner Personen, z. B. Reils "psychische Kurmethode" (nicht Bekämpfung der Symptome, sondern Entfernung ihrer Ursachen)⁴, u. a. durch Musik, Tanzveranstaltungen, Einsatz der libidinösen Energien für den Heilungsprozeß, sowie v. Nostitz' Pavillonssystem im Anstaltsbau, Gartenanlagen usw. Es sei festgestellt, daß der Mediziner Jetter (1966, im Jahr seiner Habilitation) solche Vorschläge als "phantastische Träumereien"⁵ bezeichnet und meint, daß "der heutige Arzt ... derartigen Tendenzen mit einer gewissen Reserviertheit" gegenübersteht.

Die Restauration fand ihren großen Technokraten in C. W. F. Roller, Sohn eines Irrenanstaltsdirektors und Pflegesohn eines theologisch gebildeten Ministerialbeamten, der mit bahnbrechenden Impulsen die Entwicklung bis heute prägte.⁶

Größtmögliche Isolierung sowohl des einzelnen Kranken wie der als ökologische Einheit funktionierenden Anstalt, monarchische Stellung des Arztes, strengste Trennung der Geschlechter, kasernenartige Anlagen hinter Mauern (mit durch hohe Mauern getrennte Höfe für die einzelnen Insassengruppen), psychiatrische Ausbildung der Ärzte nicht an Universitäten, sondern in Anstalten.

⁴ J. Ch. REIL, "Rhapsodien einer psychischen Kurmethode", Halle 1803.

⁵ JETTER, D., "Geschichte des Hospitals", 1966, S. 216.

⁶ C. W. R. ROLLER, "Die Irrenanstalt nach all ihren Beziehungen", Karlsruhe 1831.

Während nun Anstalten im wesentlichen nach Rollers Konzept gebaut wurden, während die Entwicklung der Psychiatrischen Wissenschaft durch Dominanz der Anstalten um Jahrzehnte verzögert (und fehlgeleitet! - Pape) wurde, während Autorität und Stellung des Arztes verabsolutiert wurden, blieben Rollers Vorschläge über tägliche Visite des Chefarztes, individuelle Kleidung nach Wunsch der Patienten, Gesellschaftsspiele im Freien (selbstverständlich nach Geschlechtern getrennt) usw. utopisch.

Patriarchalische "Bartpsychiater" (Geyer) und ihre aus gutbürgerlichen, sozial relativ problemlosen Familien stammenden Assistenten mußten Ende des 19. Jahrhunderts feststellen, daß sich die zu Beginn des Jahrhunderts entwickelten Hoffnungen auf Heilung der psychisch Kranken nicht bestätigten. Im Gegenteil - mit der Dauer des Aufenthalts in den Anstalten prägten sich die unverständlichen Verhaltensweisen der Insassen immer deutlicher aus und führten zu seelischen und körperlichen Deformationen. Aber auch Patienten, die als gebessert in die geordnete Gesellschaft der "guten, alten Zeit" entlassen und der Überwachung ihrer Angehörigen anvertraut wurden (meist in Form von Reglementierung oder Überfürsorglichkeit, denn in der "Hackordnung" der traditionellen Gesellschaft braucht jeder sein Stabilisierungsobjekt), wurden oft bald wieder mit solchen Störungen eingeliefert.

Man war weit davon entfernt, sich selbst, die geübte Behandlungsweise oder gar die Gesellschaftsstruktur infrage zu stellen⁷ und als Ursache dieser Störungen anzunehmen, hätten doch solche Gedanken undenkbar Ablehnung gegen die Autorität der Älteren und Verletzung der Ehrfurcht (damit auch Verletzung des hypokratischen Eides) bedeutet. So entwickelte man in dieser Situation die Theorie von den "endogenen Psychosen", die durch die Erbanlage des Patienten bedingt sind und in phasenartigen Schüben, unterbrochen durch normales Verhalten, verlaufen und unheilbar bleiben.

Zwar konstruierte man diese Theorie schon nicht mehr ausschließlich in Irrenanstalten, sondern an Universitäten, und der Weg von Basel (Eugen Bleuler) bis - zum damals gleichfalls deutschsprachigen - Straßburg (Emile Dürkheim) war nicht weit, jedoch fanden die mehr als ein Jahrzehnt älteren soziologischen Erkenntnisse Dürkheims⁸ keinen Zugang in den medizinischen Elfenbeinturm, wo Bleulers Verlegenheits- und Sammelbegriff "Schizophrenie" geprägt wurde, der sich für jeden Arzt als diagnostisch so praktikabel erweisen und auf Nichtmediziner so imponierend wirken sollte.

⁷ So schreibt z. B. Kraepelin - ehem. Anstaltsarzt - noch in "Hundert Jahre Psychiatrie" von 1917 (Untertitel "Geschichte der Geisteskrankheiten") auf S. 78 gesperret gedruckt "allen Völkern der Erde weit überlegen", während er auf "seinem" Krankheitsbegriff DEMENTIA PRAECOX (übernommen von dem Franzosen Morel) "mit beträchtlicher Starrheit beharrte", obwohl er sich über dessen Mängel "durchaus darüber im klaren" war. (Redlich/Freedman, Theorie u. Praxis der Psychiatrie, Suhrkamp 1970, S. 667.

⁸ "Damit ist gesagt, daß das abweichende Verhalten nicht so sehr eine vorgegebene (etwa angeborene) Eigenschaft der Individuen ist, die sich einer sozialen Struktur gegenüber befinden, sondern gerade durch diese Struktur bedingt ist." (Réné König, Fischer-Lexikon Soziologie).

Hatte die Psychiatrie bei Prägung dieser Begriffe schon mehr integrativ als analysierend gewirkt, ohne das Problem damit entfernt lösen zu können, so traten jetzt neben Psychiatern (Hoche) auch ordnungsverpflichtete Vertreter der integrativen Wissenschaft Jurisprudenz (Wilutzky, Binding) auf den Plan, um jene Therapie anzubieten, die geeignet erschien, den Bankrott der Psychiatrie, auf dem Gebiet der Psychosen zu verbergen (Euthanasie).

20 Jahre später, während deren Juristen und Ärzte die kurzfristige Weimarer Demokratie ohne Beeinträchtigung ihres autoritären Selbstverständnisses überstanden hatten, wurde ihr Werkzeug Hitler mit seinem Euthanasieerlass. Seine Forderung nach "kritischster Beurteilung" (Superlativ) erfüllten die verantwortlichen Psychiater so, daß sie als Einzelgutachter täglich mehr als hundert Todesfachgutachten (insgesamt rd. 100 000) fertigten - nachdem rd. 350 000 Personen schon vorher auf gesetzlicher Grundlage wegen "Erbkrankheiten" sterilisiert worden waren. Oberlandesgerichtspräsidenten und Generalstaatsanwälte - darüber offiziell informiert - billigten die Aktionen.

Nach Kriegsende strapazierten westdeutsche Gerichte in überaus fragwürdiger Weise die Rechtsprechung, um ehemalige Anstaltsdirektoren, die an der Auswahl totgeweihter Patienten mitgewirkt hatten, freizusprechen. 9 Unterdessen wirkte zehn Jahre lang an einem höheren westdeutschen Gericht durch Erstellung von tausenden psychiatrischer Gutachten der im Fahndungsbuch wegen Mordes mit Lichtbild ausgedruckte Euthanasie-Strategie Prof. Dr. Heyde-Sawade (Sohn eines Fabrikanten und einer Pastorentochter), begünstigt, gefördert und gedeckt durch höchste beamtete Juristen (z. B. Präsident Buresch, Generalstaatsanwalt Voss, Bundesrichter Sonneberg usw.), bis er nach seiner Entdeckung durch mehr geförderten als verhinderten Selbstmord endete.

85 000 Seiten richterlicher Protokolle verschwanden unausgewertet in den Archiven.

"Es besteht der Verdacht einer stillschweigenden Übereinkunft der Beteiligten, diesen Prozess nicht stattfinden zu lassen." (Fritz Bauer, Hess. Generalstaatsanwalt).

Die Anstalten waren indessen hauptsächlich in die Hand unbelasteter, ehemaliger Militärärzte übergegangen, die zum Zwecke ihrer Verbeamtung bestrebt waren, dem Kostenträger die Rentabilität ihres Wirkens an den ohne besondere Formalitäten eingelieferten Patienten zu beweisen. Der verfassungsrechtlich garantierten (Art. 104 GG) und ländergesetzlich kodifizierten, aber längst nicht immer durchgeführten Mitwirkung des Richters an der Freiheitsentziehung des Patienten setzten die Psychiater hart-

⁹ Ein leitender westdeutscher Universitätspsychiater erklärte 1968 seinen Hörern, diese Leute (Euthanasie-Psychiater) hätten "bestes therapeutisches Wollen" gehabt.

nackigen Widerstand entgegen (obgleich diese Vorschrift eigentlich seit 1918 eine rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit sein sollte).^{10 11}

Als Mittel gegen die angeblich erbanlagebedingten, sogenannten "endogenen Psychosen" (die als solche sogar noch heute bei westdeutschen Universitätspsychiatern existieren¹², während das Ausland sich in Ost und West schon zur Umbenennung in "funktionelle Psychosen" entschlossen hat), diente - und dient - ihnen neben der relativ wenig geübten Lobotomie (Hirnnoperation) das im faschistischen Nachbarland Italien "erfundene" Elektroschockverfahren.

Gegen diese Stromstöße durch den Schädel, die durch Zerstörung von Ganglien (Hirnnervenknoten) wie "Schrotschüsse ins Gehirn" (Schaltenbrand) wirken und so starke Krämpfe auslösen, daß trotz Gummimaträtze, Gummiknebel zwischen den Zähnen usw. immer wieder Kiefer-, Arm-, Schenkel- und Wirbelbrüche auftraten, hatten sich schon früh Schaltenbrand, Rauch, Zeeman u. a. ausgesprochen¹³. Sie konnten damit jedoch nicht den Enthusiasmus der Anstaltspsychiatern beeinträchtigen, die auch neben den vielgerühmten Psychopharmaka die Anwendung des Elektroschocks fortsetzten, da er ein unübertroffenes Mittel zur Ruhigstellung tobender Patienten und ein zutiefst gefürchtetes Disziplinarmittel ist.

III. Faktoren und ihre Wirkung

1. Standort, Baulichkeiten, Ausstattung

Die nach Rollers Konzept angelegten, klassischen Provinzial-Irrenanstalten verfolgen das Detentionsprinzip, d. h. Isolierung des einzelnen Kranken und auch der ganzen Anstalt von der Gesellschaft.

Durch Anstaltsneugründungen nach dem letzten Kriege ist in dieser Hinsicht deswegen keine wesentliche Änderung eingetreten, weil sie sich

¹⁰ Psychiater Prof. Dr. med. habil. Horst Geyer in "Über die Dummheit", Göttingen 1954, "Dadurch ist der groteske Zustand erreicht worden, daß das Recht zur Einweisung in eine Anstalt nur noch dem ordentlichen Richter vorbehalten ist." S. 253. "Die Bestimmungen sind so widersinnig, daß sie sich nicht mehr lange werden durchsetzen lassen." S. 252.

¹¹ Einige Unbelehrbare sägen auch heute noch bei passenden Gelegenheiten an dieser gesetzlichen Beschränkung ihrer Medizinmann-Allmacht: "Die Psychiater erstreben ein Vertrauensverhältnis zu ihren Kranken und deren Angehörigen. Dieses Vertrauensverhältnis wird unterhöhlt durch Vorschriften, die das verantwortliche Handeln des Arztes einschränken." Prof. Kollé, "Normal oder Verrückt?", DVA 1968, S. 81.

¹² Kraepelins Nachfolger zeigen mit ihren "endogenen Psychosen" eine bemerkenswerte Ähnlichkeit mit ihm. - Siehe Fußnote 7).

¹³ Zeeman, "Zur Frage der Hirngewebschädigung durch Heilkrampfbehandlung", Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1950/441 ff.

meist in ehemaligen Kasernen, die ausserhalb der geschlossenen Siedlungseinheiten liegen, etablierten.¹⁴ Diese Isolierung verdient deswegen Aufmerksamkeit, weil sie antithetisch gegen den Heilungszweck wirkt: Besonders kanadische Untersuchungen haben bewiesen, daß (sogar kurzfristige, entsprechend intensivere bzw. absolute) Isolierung zu sensorischen Deprivationen mit Symptomen führt, die früher als typisch für Schizophrenie angesehen wurden (Verlust der Zeiteinschätzung; unwirkliche Sinneswahrnehmungen; ausschweifende Assoziationen; verstärkte Suggestibilität usw.)¹⁵ Bezüglich der Anstalt als ganzes begünstigt die Isolierung von der Gesellschaft die Totalität der Institution.

Die Bezeichnung "Heil- und Pflegeanstalt" ist seit den fünfziger Jahren in "Landeskrankenhaus" umgeändert. Die hohen Mauern, mit eingemauerten Glasscherben auf der Kante, die die Anstalt als ganzes und jeden Hof der einzelnen Häuser umschlossen, sind meist gefallen und in Büschen versteckten Drahtzäunen gewichen, die lediglich noch das ganze Anstaltsgelände umrunden. Umfassende wirtschaftliche Betätigungen, wie z. B. Torfstechen in den oldenburgischen Mooren durch Anstaltspatienten, sind aufgegeben worden. Dagegen arbeiten noch ganztägig Patienten in den Versorgungsbetrieben der Anstalten, wofür sie wöchentlich eine Belohnung von 20 Pfg bis 1.50 DM erhalten.

Kaum geändert hat sich etwas in den einzelnen Häusern. Die alten Einrichtungen, deren geplante Neuerstellung mangels pressure group stets als erste den Etatkürzungen zum Opfer fällt, leiden zusätzlich unter Überfüllung. Findet man schon in offenen Krankenhäusern so bezeichneten "katastrophalen Notstand", so gilt das potenziert für die isoliert liegenden Irrenanstalten, wo der Besucher nicht ans Bett, sondern nur ins Besuchszimmer gelangt: Schränke für die Patienten gibt es nicht. Hose und Jacke der Anstaltskleidung legt man nachts ans Fußende des Bettes, das Hemd bleibt am Körper. Hat jemand besonderes Eigentum (Kamm oder Zahnbürste), so verwahrt er es unter dem Kopfkissen. Hinzu kommen die "Rationalisierungs"bemühungen der Pfleger, die die menschenunwürdigen Zustände erheblich verschlimmern (z. B. gemeinsamer Kamm der Patienten, statt eines Handtuchs für jeden Infektionskranken gemeinsames Abtrocknen an einem Bettlaken usw.).¹⁶

¹⁴ Die durchschnittliche Entfernung des Anstaltspatienten von seinem Wohnort beträgt 50 km. Vgl. NERVENARZT 1971/178.

¹⁵ Jan Gross, "Soziale Isolierung und sensorische Deprivation", Antrittsvorlesung in Hamburg.

¹⁶ Vgl. auch Fischer, "Irrenhäuser - Kranke klagen an", Desch-Verl. München 1969.

Trotz der Überfüllung der alten Räume - doppelt so stark belegt, als damals beim Bau geplant - hat jedoch die Bundesrepublik prozentual auf die Bevölkerung bezogen nur ein Drittel der Betten in Psychiatrischen Anstalten verglichen mit England, Schweden, Schweiz und liegt damit "ziemlich am Ende in der Reihe der Kulturstaaten" (Prof. Ritter v. Baeyer). CDU-Jungmann, Arzt und Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestages, kleidet diese Zustände in die Worte: "Wir haben ganz hervorragende Psychiatrische Krankenhäuser, man muß wohl besser sagen Kliniken". (PARLAMENT 32/1968).

2. Das Personal

a) Ärzte und wissenschaftliches Personal

Lt. Aussage der Gesundheitsministerin vor dem Bundestag kommen auf einen Anstaltsarzt 200 bis 300 Patienten. (PARLAMENT 31/1968). Die Weltgesundheitsorganisation hat demgegenüber ein Verhältnis von 1 Arzt zu 30 Patienten empfohlen, wobei von psychiatrischen Fachärzten ausgegangen wird, während in westdeutschen Anstalten die ärztliche Behandlung hauptsächlich durch fachärztlich nicht fertig ausgebildete Stationsärzte erfolgt und der Abteilungsarzt sich wochenlang nicht sehen läßt (erst recht nicht der Chefarzt).

Dieser Seltenheitswert stärkt die vom Arzt so sehr erstrebte autoritär-monarchische Stellung (Medizinmann-Nimbus).¹⁷

Durch ein gern anachronistisch aufgefaßtes Selbstverständnis als Beamter wird diese standeseigene Fehlhaltung (die von wenigen Einsichtigen - z. B. Prof. v. Hattingberg - kritisiert wird) noch intensiviert. Entsprechend hindert die Beamtenstellung den Arzt z. B. nicht, dienstlich erstellte Krankenblätter als "private Aufzeichnungen" (Harlfinger, Wehnen/Oldb.) zu bezeichnen, um deren Einsichtnahme zu erschweren.

Welch unterschiedlichen Stellenwert bei der Erstellung psychiatrischer Gutachten die Faktoren "Wissenschaftlichkeit" und "Standessolidarität" haben, offenbarte der Direktor des Landeskrankenhauses Langenfeld, Prof. Lauber, durch die Worte: "Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus. Diesen Satz hat Prof. Giese durchbrochen".¹⁸

¹⁷ "Der Kranke kann nie genug von der Vollmacht des Arztes überzeugt sein. Er muß fühlen, daß sein ganzes Schicksal in dessen Händen seye und womöglich glauben, daß ausser dem Arzt keine höheren Personen existieren." Roller, a. a. O.

¹⁸ Tilman Moser, "Repressive Kriminalpsychiatrie - vom Elend einer Wissenschaft", Ed. Suhrkamp Nr. 419, S. 15.

So eng die Standessolidarität ist, daß z. B. Staraanwalt Belli von einer "berufsständischen Verschwörung zur Verdeckung von Kunstfehlern" spricht, so eindrucksvoll sind entsprechend die Maßnahmen gegen jene Standesgenossen, die gegen verbindliche Standesnormen verstoßen. 19 20 21

¹⁹ Vgl. auch Frank Arnau, Präsident der deutschen Sektion der Liga für Menschenrechte, DIE STRAFUNRECHTSPFLEGE IN DER BUNDESREPUBLIK, München 1967, - S. 44.

²⁰ Als der Remscheider Psychiater Dr. F. Schmidt äußerte, es befänden sich "tausende zu Unrecht in westdeutschen Irrenanstalten", leitete die Ärztekammer gegen ihn ein Verfahren auf Untersuchung seines Geisteszustandes ein. Dr. Schmidt hielt es für besser, sich seinen gesunden Geisteszustand in der Schweiz (!) bestätigen zu lassen.

²¹ Dem Aussenseiter, Sexualforscher Prof. Hans Giese, erteilte die Ärztekammer Rügen wegen seiner Namensnennung im Vortragsfilm "Du" - nicht dagegen dem dort gleichfalls genannten Psychiatriepapst Prof. Bürger-Prinz. Als Giese ein Disziplinarverfahren gegen sich beantragte, wurde die Sache im gentlemen-agreement beigelegt. Von Studenten über den Fall inquiriert, bezeichnete Bundesärztepräsident Prof. Fromm Gieses Publikation über Studentensexualität als "Pornographie". Auf die harten Reaktionen der Studenten erklärte Fromm zu seiner Entschuldigung, dies sei nicht so sehr seine persönliche Meinung (als Hamburger sei er liberal), vielmehr hätte er dies als Repräsentant der Ärzte draußen im Lande, insbesondere in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg, gesagt.

Prof. Fromm, unermüdlicher Kämpfer für Freiheitsrechte in Form der Unkontrollierbarkeit des Arztes ist übrigens der Meinung, daß "noch viel zu wenig in den Irrenanstalten" sind (Vgl. dazu oben Dr. Schmidt).

Inzwischen ist Prof. Fromm Ärztepräsident der westlichen Welt geworden, denn "Ärzte sind in allen Ländern vorwiegend rechtsstehend" (Dr. E. F. Richard, London, Gewerkschaftl. Monatshefte 1965/755).

Schon 1803 hatte J. Ch. Reil die Mitwirkung von Psychologen empfohlen, jedoch war es konservativen und standesbewußten Psychiatern gelungen, diese Nichtärzte 150 Jahre lang vom psychiatrischen Patienten fernzuhalten. Seit rd. 10 Jahren sind sie dort - falls überhaupt vorhanden - wissenschaftliche Hilfsarbeiter untersten Ranges, während Reil schon damals eine Anstaltsleitung in Teamwork und Gleichrangigkeit durch Arzt, Psychologen und Oberaufseher (heute zweckmäßigerweise Hochschul-Sozialpädagoge) gefordert hatte.

Unter ähnlichen Schwierigkeiten vollzieht sich gegenwärtig das Eindringen von Soziologen in den Kreis der Halbgötter in Weiss, die über der Anstalt thronen, - denn "Neuorientierungen ... werden belächelt, verleugnet oder gar bekämpft."²²

b) Pflegekräfte

Vom nichtwissenschaftlichen Personal tritt der Patient fast ausschließlich mit den (stets gleichgeschlechtlichen) Pflegekräften in Beziehung (da viele Patienten selbst bei jahrelangem Aufenthalt nie Arbeitstherapie oder Anstaltsarbeit leisten).

Es handelt sich bei ihnen meist um einfache, rechtschaffene, erdverbundene Typen, die in der Nähe der Anstalt in Eigenheimen wohnen und oft auch eine kleine Landwirtschaft, die allein nicht zur Existenz ausreicht, bewirtschaften. Ihre Ausbildung für die Pflege Tätigkeit erhalten sie in der praktischen Arbeit und in anstaltseigenen Kursen. Diesen praktisch denkenden und in kleinem Rahmen ökonomisch orientierten Leuten ist es undenkbar, daß z. B. ein Patient ohne Notwendigkeit in die Anstalt gekommen sein könnte. Treffen sie daher auf einen Zugang, der vernünftig redet, klar denkt und aufgeschlossen kommuniziert - obgleich diesen Verhaltensweisen objektiv Hindernisse entgegenstehen -, dann sind das eindeutige Anzeichen für sie, daß dieser Neue an "Schizophrenie" leidet. Denn bekanntlich (!) verläuft diese Krankheit ja in unregelmäßigen Phasen, zwischen denen der Patient völlig normal erscheint.

Erklärt dieser Patient nun, er sei nicht im geringsten geisteskrank, so wird ihnen klar, daß es sich hier um einen besonders schweren Fall von Schizophrenie handelt, denn es tritt hier als typisch schizophrenes Symptom die "fehlende Krankheitseinsicht" (anderer Meinung erst seit 1968 Eggers) auf, während leichter Schizophrene manchmal noch zugeben "nervenkranke" zu sein. Diese erkannte Diagnose im schriftlichen Wachbericht bei Abschluß des Schichtdienstes zum Ausdruck zu bringen und möglichst durch weitere Symptome, die er als zur Schizophrenie gehörig gelernt hat, zu beweisen, liegt nun sehr im Interesse des Pflegers, denn schließlich möchte er einmal Stationspfleger, ohne Dreckarbeit und ohne Schichtdienst werden.

²² Dr. med. v. Seckendorff "Eine große Heuchelei - Die Mängel der Mediziner-Ausbildung in Deutschland" - SPIEGEL 16/1969.

*Zwar äußert sich der Pfleger nicht über seine Diagnose gegenüber dem Patienten, jedoch spürt dieser, was vorgeht. Seine daraus resultierende relative Distanzierung von diesem und anderen Pflegern wird als Kommunikationsstörung (d.h. weiteres Schizophrenie-Symptom) gewertet.²³

*Die Beziehungen zwischen dem Pfleger und dem sogenannten Schizophrenen gestalten sich jetzt in formeller Distanziertheit, die seitens des Patienten durch Enttäuschung und Skepsis, seitens des Pflegers durch abwartende und beobachtende Haltung gegenüber dem aufgrund seiner Krankheit Aufsichtsbefehligen, der in Wirklichkeit anders ist als er scheint, gekennzeichnet sind.²⁴ Anders ist der Verlauf, wenn dieser geistig klare, womöglich

im Bildungsstatus höhere Patient nicht diese beschriebene situationsinadäquate Geduld zeigt, sondern sich unruhiger benimmt (z. B. mit Forderungen nach einem Arzt, Kritik an der als rechtswidrig angesehenen Einlieferung usw.). Dann bricht beim Pfleger ein Gefühl gestörter Ordnung, vielleicht verstärkt durch ein Inferioritätsgefühl mit Statusneid, auf, und der Pfleger denkt nicht mehr an die gelernten Krankheitskategorien, sondern er wertet die Disziplinlosigkeit des Privilegierten als bewußt gewollt und strafwürdig. So kommt es zu Vorfällen wie im Falle des Dr. jur. Imre Müller, dem zwei Pfleger in der ersten Nacht die Wirbelsäule über der Bettkante brachen, oder des Dr. Gauger, dem von Pflegern mit Tabak belohnte Patienten mehrere Zähne ausschlugen.

Freundliche Zuwendung gibt der Pfleger lieber an sichtbar körperlich Kranke oder an pflegebedürftige Patienten, sowie an ihm gegenüber geistig tiefer Stehende, die ihn im Gegensatz zum frustrierten Schizophrenen auch stets mit emotioneller Dankbarkeit belohnen.²⁵

Mehr Kontakt der Pfleger besteht auch zu den meist sehr primitiven Kalfaktoren, denen er die Chance bietet, durch Übernahme seiner Aufgaben (z. B. Trockenlegen eingeklinkter Patienten usw.) ein paar Zigarettenkippen zu verdienen oder gar abends als Dritter Mann mit den beiden Nachtlehern Karten zu spielen, wenn die anderen Patienten schon im Bett liegen müssen.

Es gibt unter dem Personal der Landeskrankenhäuser also gar keine geeigneten Therapievermittler: Der Arzt erfüllt diese Funktion nicht, weil er zu kurzfristig anwesend, zu distanziert oder inadäquat zugewendet (im nach der beabsichtigten Test-Zuwendung sogleich wieder in Distanziertheit zurück-

²³ Vgl. dazu Cooper (in Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Tavistock publications, London 1967), der auf die willkürliche Bestimmung der "Schizophrenie" hinweist. Ed. Suhrkamp Nr. 497.

²⁴ Erfolgt die Diagnose der "Schizophrenie" sowieso durch die meisten Psychiater "nach dem Gefühl" (vgl. Irle, "Das Praecox-Gefühl in der Diagnostik der Schizophrenie", Arch. Psychiatr. u. Zeitschr. Neurol. 203, 385 (1962), so handelt es sich in der Anstalt nur um eine Übernahme der Gefühle der Pfleger durch den Arzt (Eintragungen im Berichtbuch).

²⁵ Bei der Darstellung von Hemprich/Kisker, "Die Herren der Klinik" und die Patienten" (NERVENARZT 1968/433), ist zu berücksichtigen, daß die Zustände in einer Universitätsklinik natürlich idealer sind.

zufallen) ist, weil er nur die Sondersituation der Visitenatmosphäre kennt, und weil meist seine eigenen Interessen (Forschungsarbeit, Medikamentenerprobung o. ä.) im Vordergrund stehen. Der Pfleger dagegen ist nur für Aufgaben der Ordnung und der Disziplin (einschließlich Sanitätserdiensten) qualifiziert. Es fehlen Therapievormittler, die sowohl persönliche Nähe zum Patienten wie auch Therapiequalifikation haben. In Rheinland-Pfalz kommen auf über 4 000 Patienten: 1 Sozialarbeiter (keine freie Stelle), Kein Beschäftigungstherapeut (1 Stelle frei) und 1 Krankengymnastin (keine Stelle frei). NERVENARZT 1971/176.

3. Der Patient

a) Das Aufnahmeverfahren

Als Vorbild der gesetzlichen Regelung von Anstaltseinweisungen wird immer das baden-württembergische Unterbringungsgesetz v. 1955 genannt, das als Voraussetzung fordert, daß der Patient

- für sich oder andere gefährlich,
- für die öffentliche Sittlichkeit anstößig,
- der Gefahr der Verwahrlosung oder
- ernster Gesundheitsschädigung ausgesetzt ist.

Da nicht wenige Richter die Gefährlichkeit (a) allein aus der Schizophrenie-Diagnose des Arztes herleiten (völlig zu unrecht), und die anderen fragwürdigen Punkte sich ebenso "logisch" daraus ergeben, kann man - sobald d Richter und Amtsarzt sich einig sind (und gegenüber Randständigen der Gesellschaft sind sie das leicht) - schon schnell in die Klapsmühle geraten. Oft wird dieses verfassungsrechtlich (Art. 104 GG) und ländergesetzlich vorgeschriebene Verfahren aber gar nicht durchgeführt, sondern der draußen mit einer Spritze betäubte Bürger erwacht plötzlich in der Anstalt. Da er seinen Widerstand bald aufgibt (das geht sehr schnell - siehe unten), gilt sein Aufenthalt bei späterer Beanstandung als "freiwillig".²⁶

Die Entkleidung (einschließlich Trauring) geschieht durch den Kalfaktor, während ein Pfleger jedes Stück aufschreibt. Der Patient, der diese Liste nicht einmal gegenzeichnet, ahnt, wieviel Rechte er hier hat (Role dis-possession). Beim Baden des Neuen durch den Kalfaktor erfolgt die Haar-wäsche mit Kernseife auch dann, wenn die Patientin erst am Tage vorher zum Friseur war (Personal defacement).

Dann erhält man - entgegen häufiger Annahme - keineswegs die viel kritisierte, graue oder gestreifte Anstaltskleidung, sondern nur ein Anstaltshemd und muß zunächst für die Dauer von einigen Tagen bis zu 6 Wochen ins Bett. (In Eickelborn werden übrigens die Neuaufnahmen - "für die Dauer von höchstens 24 Stunden" Dr. Goette - nach anderer Aussage "monatelang" - splitter-nackt in eine vergitterte Isolierzelle gesperrt. (SPIEGEL 29/1968). Die dann später erteilte Erlaubnis aufzustehen wird dann als ausgesprochene Vergünstigung empfunden, wie andererseits Bettruhe ein Disziplinarmittel ist, das der Pfleger unmittelbar verhängen kann.

²⁶ "Die Erfahrung hat gezeigt, daß Heilanstalten immer wieder zur Festhaltung angeblich geisteskranker oder für die Öffentlichkeit lästiger Personen mit Hilfe getäuschter oder ihre ärztlichen Pflichten verkennender Ärzte mißbraucht werden." - Bundesgerichtshof Urteil v. 24. 4. 1961, - III ZR 45/60 - S. 9/10.

Nach den Frustrationen und Mortifikationen am Aufnahmetag wird das Gespräch im Zimmer des Arztes an einem der nächsten Tage zur besonders großen Enttäuschung. Denn statt des erwarteten Gesprächs wird nur einiges vom Arzt zur Schnell-Eigen-Anamnese erfragt, Blutdruck gemessen und der Patient beschieden: "Sie können jetzt wieder gehen."

Protest und Beschwerden bleiben dem Patienten im Halse stecken und werden - um es mit dem Arzt, dem einzigen Rettungsanker in auswegloser Situation, nicht zu verderben - auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, der deswegen nie eintritt, weil er den Arzt nie mehr unter vier Augen sprechen wird.

Natürlich kann man sich auch bei dieser Gelegenheit gleich durch Ungehorsam unbeliebt machen und erhält dann wirksame Nachhilfen.

b) Die alltägliche Situation

So beginnt der Alltag in der Anstalt - zunächst mit einem Sonnenstrahl: Erstaunt sieht der Neue die plötzlich aufgehellten, teilweise grimmassierenden Gesichter seiner Mitpatienten, als die Laborantin den Saal betritt, um bei ihm ein paar Tropfen Blut abzusaugen.

Mit Ausnahme einer vielleicht im Monatszyklus erscheinenden, sonntagsdiensthabenden Ärztin ist sie, die hier den Vampyrcharakter des Weibes demonstriert, die einzige hier jemals erscheinende Frau, denn die Häuser sind streng nach Geschlechtern getrennt und nur mit gleichgeschlechtlichem Pflegepersonal ausgestattet. Wie antithetisch diese Organisationsform ist, ergibt sich z. B. daraus, daß die Störungen der sogenannten Hebeohrenie (einer theoretischen Form jugendlicher Schizophrenie) antags darin bestehen, daß die "Kranken" nicht altersentsprechend in die Sexual- und Sozialrolle von Erwachsenen finden.

Ihnen wird auf diese ("therapeutische") Weise also jede Möglichkeit eines Lernprozesses, der auch für die Sexualrolle wichtiger ist als die biologischen Determinanten, hermetisch versperrt. Daß sie durch diese "Therapie" aufgrund sich zwangsläufig ergebender Deprivationen schizophren werden (bzw. das, was man mit diesem wissenschaftlich so fragwürdigen Ausdruck verschwommen umfaßt), ist völlig logisch.²⁷

Weniger angenehm als das Erscheinen der Laborantin ist die Punktion durch Pfleger und Kalfaktor: Dazu wird eine Hohlnadel zwischen den Wirbelkörpern hindurchgestoßen und für Untersuchungszwecke Flüssigkeit aus dem Rückenmark abgesaugt. Da es sehr unangenehm ist, wenn die Nadel auf den Knochen des Wirbelkörpers stößt, lernt auch hier der Patient, daß es angebracht ist, sich dem Willen des Pflegers genau zu fügen.

Alles andere wiederholt sich periodisch:

Morgens nach dem Aufstehen und Waschen unter den obengenannten Bedingungen, holt der "zuverlässigste" Patient (Siehe unten "Colonisation") das Essen aus der Anstaltsküche.

²⁷ Siehe dazu Kretz, "Sozialpsychiatrische Einrichtungen mit oder ohne Trennung der Geschlechter?" NERVENARZT 4/1969 - S. 17 u.

Vor dem Pfleger, der die auf dem Tablett gestapelten Fertigbrote verteilt, marschiert ein Patient, der jedem einen Blechteller hinstellt. Dieses Amt ist unter den Primitiven sehr begehrt, weil dabei die Möglichkeit besteht, dem angestauten Betätigungsdrang nachzugeben und mit anderen - ihrer Erwartung gemäß - zu kommunizieren. (Ähnliche Kämpfe entstehen wöchentlich um das Privileg, die anderen einseifen zu dürfen, bevor sie vom Pfleger mit dem Rasiermesser rasiert werden.)

Das Geschirr zum Mittagessen besteht aus Kümme und Löffel. Damit können alle Gänge bewältigt und auch Kartoffeln gepellt werden.

Hungerstreik - draußen ein spektakulärer, wirksamer Protest - hat in der Anstalt keinen Erfolg: Maßnahme 1 besteht darin, daß die anderen Patienten freudig die nicht in Anspruch genommene Ration aufessen.

Maßnahme 2 besteht in der Weisung des Pflegers an den Kalfaktor, auf die Einnahme des Essens durch den Verweigerer zu "achten". Er hilft dann mit Rippenstößen nach, bis alles gegessen ist. (Contaminative exposure).

Maßnahme 3 ist die Sonde: Der Verweigerer wird durch Patienten vom Conversion-Typ (siehe dazu unten) auf dem Bett liegend festgehalten. Durch die Nase wird ein bleistiftstarker Schlauch in die Speiseröhre geführt und Nährflüssigkeit hindurchgegossen. Sobald die Nasenschleimhäute zerstoßen sind und Nährflüssigkeit in die Luftröhre geflossen ist, ist der Patient wieder von allein (Personal disfigurement).

Dreimal täglich nach dem Essen kommt der Pfleger mit den Medikamenten: "Mund auf!" - Pfleger schüttet Tabletten hinein.

"Runterschlucken!" Patient schluckt.

"Mund auf!" - Pfleger schaut in den Mund und kontrolliert,

"Zunge hoch!" - ob Tabletten tatsächlich geschluckt.

(Regimentation).

Verweigert der Patient die Einnahme der Medikamente, ruft der Pfleger Helfer: Der Patient wird auf das Bett geworfen, Arme und Beine festgehalten. Der Mund wird gewaltsam geöffnet. Während der Pfleger Tabletten in den Mund schüttet, drückt ein anderer die Nase des Patienten zu. Er muß schlucken, die Tabletten sind eingenommen.

Gelingt es dabei dem Patienten, die Tabletten auszuspucken, dann setzt es auch im Affekt des Pflegers eine Ohrfeige. (Looping) -

Der Stationsarzt erscheint unregelmäßig - nicht unbedingt täglich, begleitet vom Stationspfleger in der Haltung des Hauptfeldwebels, wobei der Akten-deckel mit den Krankenblättern das Befehlsbuch vertritt.

Im Raum herrscht gespannte Visitenatmosphäre. Auf die Frage des Arztes - meist spricht der Arzt nicht mit dem Patienten, sondern über den Patienten mit dem Stationspfleger - wie es ihm ginge, antwortet der angesprochene Patient: "Gut", falls er nicht kleine Verletzungen vorzuzeigen hat o. ä. - Andere Antworten hat er sich bald abgewöhnt. -

bleibt der Arzt mal etwas länger im Haus, droht Unheil: Wenn Bürger-Prinz sagt, die Darstellungen des Elektroschocks im Film "Snake-pit" hätten "mit der Wirklichkeit nicht das geringste zu tun"²⁸, dann folgt er entweder der Empfehlung des Bundesärztepräsidenten "Keine Unruhe in der Bevölkerung aufkommen lassen", oder er hat - als Universitätspsychiater - keine Ahnung von der Anstaltswirklichkeit. Dann hat er nie gesehen, wie mehrere Pfleger einen sich verzweifelt wehrenden, überwältigten Patienten mit auf den Rücken gedrehten Händen die Treppe empor zur Schockbehandlung schleifen - und dabei zusätzlich und überflüssig von eifrigen Conversion-Patienten unterstützt werden, die einen Fuß ergreifen und verdrehen, an seinen Haaren reißen usw.

Meist allerdings gehen die Betroffenen - um die Nutzlosigkeit jedes Widerstandes wissend - apathisch von selbst, und dieser Anblick ist nicht weniger deprimierend.

Auf die Gummimaträtze gezerrt, den Gummiknebel zwischen den Zähnen, erhält er vom Arzt die beiden Elektroden an die Schläfen gelegt, die mit gemeinsamem Kabel in einem elektrischen Kasten enden. Manchmal mit langgezogenem Schrei, immer begleitet von schwerem Röcheln erfolgen dann die Krämpfe, die so heftig sind, daß sie mitunter die Kiefer-, Arm-, Schenkel- und Wirbelbrüche zur Folge haben.

Bald liegt dann ein halbes Dutzend bewußtloser Patienten in den Betten, und die anderen - mit Schrecken in den Gliedern - sind froh, daß sie nicht drangekommen sind.

Aufgrund der unkontrollierten Alleinherrschaft des Stationsarztes gehört es auch gar nicht zu den "Einzelfällen, von denen wir nicht reden wollen" (Fromm), wenn Stationsärzte solche Kunstfehler - auch Wirbelbrüche - auf ihrer Station notdürftig ausheilen und zur Verdeckung der Panne nicht einmal eine Eintragung im Krankenblatt davon machen.

Die Freizeit verbringen die nichtbettlägerigen Patienten im Tagesraum. Dort laufen sie umher, schauen aus dem Fenster, fragen sich, ob die Russen nun endlich bald kommen, oder spielen Karten. Weniger Interesse finden die Breitwandbilder an der Zimmerwand "Die sieben Schwaben" und "Sterntaler" (für Erwachsene zwischen 17 und 89 Jahren).

Ungefähr alle 14 Tage werden Zettel und Bleistift verteilt an die, die schreiben wollen. Die Zettel werden dann eingesammelt und gelesen. Bei Kritik an der Anstalt (Krankheitssymptom) wandern sie in den Papierkorb, einwandfreie werden abgesandt (Vgl. Art. 10 GG).

Sonntags ist Möglichkeit zum Besuch der Patienten. An diesem Tage ist der Arzt nicht anwesend, und Besucher mit Anliegen werden auf den Schriftverkehr verwiesen. Im übrigen werden die Besucher durch die Pfleger intensiv vorpräpariert. Die Besucher erfahren, daß es sich eben um eine langwierige Krankheit handle, deren Wesen darin bestehe, daß der Patient denen, die sein bestes wollen - eben den Pflegern - mißtraue und übles nachsage.

Der Patient stößt dann oft auf einen skeptischen, äußerlich Verständnis heuchelnden Besucher, den er - wenn überhaupt - erst mühsam und langsam von der Wirklichkeit überzeugen kann. Erstattete der Besucher Strafanzeige

²⁸ Bürger-Prinz, "Ein Psychiater berichtet", Hamburg 1971, S. 159.

wegen Mißhandlung des Patienten, konnte es ihm nach bisherigen Strafrecht passieren, daß er selbst wegen Falscher Anschuldigung bestraft wurde, da den Zeugenaussagen von "Geisteskranken" kein Beweiswert beigemessen wurde.

Wenn schon im Zuchthaus Klingelpütz bis 1965 sämtliche Beschwerden - darunter mehrere hundert Strafanzeigen - völlig ergebnislos blieben, so gilt das erst recht hier, wo es sich bei den untergebrachten Devianten nicht um geistig normale sondern um "geisteskrank" handelt.

c) Anpassungsmechanismen

Je mehr primär intelligent der Patient ist, desto eher erkennt er, daß jeglicher Widerstand in jeder Richtung nicht nur zwecklos, sondern auch unökonomisch im Hinblick auf seine Kräfte ist, die er zur Erhaltung seiner Persönlichkeit restlos benötigt.

Solidarität und Kommunikation mit anderen Patienten sind durch medikamentöse Beeinflussung gestört bzw. kaum möglich. Mit Unausweichlichkeit steuert er in eine der von Goffman beschriebenen Verhaltensweisen, von denen für die hier beschriebenen Anstalten statt fünf eigentlich nur drei, und diese mehr oder weniger in Mischformen, infragekommen (wie auch die sogenannten "endogenen Psychosen" nie rein sondern meist in Syndromen erscheinen).

1. **SITUATIONAL WITHDRAWAL** ist die Reaktionsweise (Anpassungsmechanismus) der Intelligenteren mit gefestigtem Charakter. Sie ziehen sich dergestalt aus der Situation zurück, daß sie kaum noch irgendwie emotionell reagieren, weil jede Emotion dem Personal oder den Mitpatienten Ansatzpunkte für weitere sofortige oder spätere Mortifikations bieten könnte. Sie beschäftigen sich hauptsächlich mit eigenen Gedanken und kommunizieren nur mit wenigen Mitpatienten, von denen sie glauben, in dieser Hinsicht kein Risiko einzugehen. Ihr distanziertes Verhalten gegenüber den Pflegern (das zunehmend regressiven Charakter annimmt) wird von diesen als Introvertiertheit, Autismus usw. gewertet. Tatsächlich besteht auf die Dauer durch die Wirkung der Verhältnisse die Gefahr von Einengung der Gedanken, Wahnideen usw. Meist werden diese Symptome frühzeitig mit Elektroschock behandelt, was ein brutales Brechen der mit aller Kraft aufrechterhaltenen Persönlichkeit bedeutet und vom Patienten mit emotionell gebremster, aber desto größerer innerer Verzweiflung durchstanden wird. Die durch Schockverfahren bewirkte Amnäsie (Auslöschung der Erinnerung) und die - da vergeblich - seltener werdenden Besuche der Angehörigen fördern die Deprivation. Zwar faßt der Patient von Zeit zu Zeit Hoffnung, aber er lernt, daß jedesmal darauf nur eine desto größere Enttäuschung folgt, die ihn zurückstößt, weswegen es besser ist, lieber ohne kräftezehrende Hoffnungen beim Situational withdrawal zu verbleiben - womit er aber keineswegs weiteren Mortifikationen entgeht:-

Wenn z. B. das dauernde Deprimiertwerden sich physiologisch/psychosomatisch als Obstipation manifestiert, wird er zur Vermeidung einer Beziehung zum Pfleger nicht um ein Klistier oder Abführmittel bitten, sondern lieber mit den Fingern die harten, vom Blut der Hämorrhoiden be-

deckten Kotballen aus dem Mastdarm klaben. Wird er dabei entdeckt (Toiletten haben keine Türen), dann erfolgt nicht syntherische Konfliktlösung, indem der Pfleger ihn aufmunternd anregt, doch lieber ein Abführmittel in Zukunft bei ihm zu holen (das er ihm gern geben wolle), sondern antithetisch massive Mortifikation: Der Pfleger brüllt mit Worten des Abscheus und der Beleidigung den Vorfall durch die Station und verkündet, der Patient müsse mal wieder "radiohören" (geschockt werden). Conversion-Patienten geben Echo und beleidigen mit gleichem Abscheu den Patienten, während der Pfleger ihnen Auftrag erteilt, darauf zu achten, daß der Patient solches nicht wiederholt.

Auch beim Wachwechsel der Pfleger wird die "Schweineret" weiterverköndet.

Am Ende der Regression steht die Apathie und körperliche Dystrophie. Fortgeschrittene Fälle dieser Art liegen apathisch und erschreckend abgemagert in Betten oder Isolierzellen. An den Stellen, wo der Körper immerwieder in ihren Ausscheidungen liegt, bilden sich wund Schwellungen, die schließlich zu tiefen Löchern mit fauligen Rändern werden (Decubitus).

2. **INTRANSIGENT LINE** tritt deswegen in diesen Anstalten nur kurzfristig - bei Patienten ohne Augenmaß - auf, weil dieser Alfront gegen das Personal viel zu sehr kräftezehrend ist und bald durch mannigfache Sanktionen seitens des Personals (Benachteiligung durch gemeinsame Pflegerfront, Spritze, Anschnallen, Medikamente, Schocken o.ä.) ausgeschaltet wird.²⁹
3. **CONVERSION** ist die typische Haltung des Kalfaktors (und solcher, die ähnliche Privilegien gewinnen wollen). Sie pflichten aus eigensüchtigen Motiven dem Personal in jeder Hinsicht bei und machen sich durch Hilfeleistungen beliebt. Wohl jeder aber - sowohl das Personal, wie der autistische Einzelgänger, wie auch wohl sie selbst, weiß aber, daß sie draußen nicht dieses "soziale" Verhalten zeigen, sondern in Richtung kriminell tendieren würden. Auch diese Verhaltensweise ist aber nicht - wie von der klassischen Kriminologie und Psychiatrie behauptet - "endogen" mit erblich bedingter Charakteranlage, sondern unter negativen sozialen Bedingungen (schwere Kindheit, Fürsorgeerziehung usw.) erlernt und zum Mechanismus geworden.
4. **COLONISATION** zeigt sich am deutlichsten beim Hausarbeiter und dem Dauerarbeiter in anstalts-eigenen Werkstätten. Man muß diese Verhaltensweise der Superanpassung als sekundär und als Endzustand (gegenüber der mehr prozesshaften Situational withdrawal und Conversion, aus denen sie sich abgezweigt hat) erkennen.

²⁹ Fast 10 Stunden lang hatten sich 10 Patienten des I KH Eickelborn verbarrikadiert. 20 Polizisten gingen massiv mit Tränengas gegen die Meuterer vor. Alle zehn wurden in Isolierstationen untergebracht. dpa 21. 7. 1969.

Der Patient ist derartig "froh", dem Stress³⁰ des Wachsals entronnen zu sein, innerhalb seines bescheidenen Aufgabenbereichs nicht dauernde Reglementierung zu erfahren, ein bescheidenes Selbsterleben zu verspüren, daß er seine ganze Zeit, Kraft, Denken und Handeln dazu verwendet. Deswegen hält er sich z. B. dann den ganzen Tag in der Abwaschküche auf, auch wenn es dort rein gar nichts mehr zu tun gibt. Während dieser Typ zuverlässig und - auch ohne Aufsicht - absolut anstaltsnormgerecht handelnd ist, ist er zugleich auch derjenige, der für seine Entlassung am wenigsten infragekommt (auch abgesehen von seinem ökonomischen Wert für die Anstalt) und schockiert mit Ängsten auf eine Entlassungsankündigung reagieren würde.

5. PLAYING IT COOL ist eine Anpassungsweise, die in reiner Form gleichfalls für diese Anstalten nicht infragekommt. Man kann wohl mit Playing it cool 10 Jahre Strafanstalt überstehen, wenn man von vornherein weiß, dass es eher weniger als mehr wird, aber nicht das Leben in einer psychiatrischen Anstalt, wo man zunehmend erkennt, daß der Aufenthalt nicht Tage oder Wochen - wie man zunächst annahm, - sondern Monate, wahrscheinlicher aber, noch Jahre bzw. lebenslänglich dauert. -

Das Gefühl, jeden Augenblick jeder Willkür ausgesetzt zu sein, keinerlei Recht und Beschwerdemöglichkeit zu haben, in keiner Weise gestaltend oder planend das Handeln des eigenen Ich bestimmen zu können, ist furchtbarer als alles andere.

Das ist der Grund weswegen jene, die simulierend aus der Strafanstalt hierher kamen, mit allen Mitteln dorthin zurückstreben. Und es ist auch der Grund dafür, daß Erfahrene, die den Betrieb kennen, lieber Selbstmord begehen oder mit den Vollzugsbeamten ein aussichtsloses Feuergefecht beginnen als sich dorthin zurückbringen zu lassen.

Die Masse der Bevölkerung steht dann verständnislos vor jenen, die so "geisteskrank" sind, daß sie das "Angebot ärztlicher Hilfe" mit solcher Gewalttätigkeit beantworten.

IV. Die Ignoranz der Gesellschaft und die Schizophrenie der Institution

Gute Bürger erklären immer wieder mit palmströmphilosophischer Logik, daß die Kritik an den Psychiatrischen Anstalten nicht begründet sein kann. Warum solle man jemand dorthin bringen, der nicht krank sei, oder jemand unnötig länger festhalten, der nicht mehr krank sei. Sie projizieren dabei ihr Wunschenken in die Wirklichkeit. Sie stellen nicht in Rechnung, daß in unserer Bevölkerung - und ganz besonders unter den ordnungsgestaltenden Beamten - eine massive unterschwellige Ablehnung gegenüber Devianten existiert, die in diesem speziellen Falle zusätzlich

³⁰ Im Urin von "schizophrenen" Anstaltspatienten stellte McDonald Hormonstoffwechselprodukte fest, die in diesem Ausmaß bei Normalbürgern nur durch ausgesprochene körperliche Anstrengungen erzielt werden konnten. (Journal of Psychiatric Research 1962).

durch ein Produkt von Gedankengängen aus mittelalterlich/christlicher Teufelsaustreibung und nationalsozialistisch/heydnischer Sonderbehandlung verstärkt wird.

In Anwendung dieser aus dem Unbewußten kommenden Reaktionen werden diskriminierende Krankheitsbegriffe gebraucht für Erscheinungen, die keine Krankheiten sind.

Der Arzt kann die an ihn herangetragenen Erwartungen nicht enttäuschen und will das auch nicht, da sein Ansehen und Einfluß dadurch gemindert würde. Er hält den Patienten fest, denn er wäre nach Entlassung für jede Gewalttat des Patienten, die übrigens häufiger von Normalen begangen werden, verantwortlich. ³¹ ³²

Mit diesem Ausgangspunkt beginnt der Zielkonflikt Sicherung/Therapie: Nach außen wird als Ziel die Therapie behauptet, während alles Handeln in der Anstalt auf Sicherung ausgerichtet ist. Mittel rationeller und ökonomischer Sicherung sind Pressionen, die als Mortifikationen wirken und den Patienten zu Isolierung und antithetischer Anpassung nötigen, und statt Förderung der Fähigkeit zur Sozialrolle fortschreitende Deprivation bewirken. Die aus Double-binds (Jackson) resultierenden Gestörtheiten und die beschriebenen Deprivationen des Patienten werden durch den Arzt somatisch bekämpft, wobei seine Artefakten die Deformation verschlimmern.

Die Anstalt erzeugt die Krankheit, die angeblich zu heilen sie vorgibt. ³³

³¹ Die Untersuchung von Häfner/Böcker, "Geistesgestörte Gewalttäter in der Bundesrepublik" NERVENARZT 1972/285 ff. (Gewalttätigkeit wie bei Normalen) enthält Diagnosefehler.

³² "Geistesranke neigen in sehr geringem Maße zur Kriminalität. Ich lege mich lieber unter hundert unbekannte Geistesranke als unter hundert andere Menschen, die ich nicht kenne." - Daß diese ernsthafte Äußerung von Psychiatrieprofessor Mikorey, München, in der Südd. Zeitung (3./4. Mai 1969) auf der Witzseite abgedruckt war, beleuchtet die Situation. Nach dem Wort eines Franzosen kann man die Kultur eines Volkes an seiner Einstellung zu den Geistesranken messen.

³³ Seit Klaesi (zu Beginn des Jahrhunderts - vgl. Kolle, a. a. O., S. 84) haben allein Ortsveränderungen aus der Anstalt heraus (mit Abbau des Unterordnungsverhältnisses Personal-Patient) sehr überraschende Heilerfolge bei angeblich aussichtslos Schizophrenen gehabt. (Siehe dazu auch Discheireit, NERVENARZT 1971/440 - mit Literaturangaben).

Unkostengebühr 1,- DM

(Studenten Ermäßigung)

Postcheckkonto Hamburg 2 9 0 2 1 0

Verantwortlich für den Inhalt:

Erwin Pape, Dipl. -Sozialwirt u. Sozialpädagoge,
291 Westerstede/Oldb., Gartenstr. 13

Die 3. Auflage erscheint 1973 in erweiterter Form unter dem Titel:

"Die sogenannte "Schizophrenie" als angeblich erbliche
Geisteskrankheit und die westdeutsche Psychiatrische
Anstalt als totale Institution"

Der Verfasser wird sich darin allgemeinverständlich äußern u. a.

- a) zu den Irrwegen der deutschsprachigen Psychiatrie,
 - b) zum Mißbrauch psychiatrischer Begriffe,
 - c) zur Entstehung und Entwicklung jener Neuroseform, die unter
der Bezeichnung "Schizophrenie" mißverstanden wird (unter Verknüpfung
sozialer Ursachen mit medizinischen Symptomen),
 - d) zur Fehlkonzeption der Psychiatrischen Anstalt (wie hier).
- usw.

- Asta-Druck Hamburg -