

Der ganz normale Wahnsinn?

Zur Geschichte und Theorie der Irrenanstalt

Dr. Stephan Pflaum

Whitepaper

1.	„Patient oder Besucher?“	3
2.	Von der Geburt und Genese des Wahnsinns bis zu dessen Institutionalisierung	3
2.1.	Von der Narrenfreiheit im Mittelalter	3
2.2.	Zwischen Wahn(...) und (...)sinn: Vom Narrenschiff zur Anstalt	4
2.3.	Von der fremdverschuldeten Unmündigkeit im Zeitalter der Aufklärung	6
2.4.	Die Geburt der „modernen“ Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert	9
2.5.	Der Wahnsinn des Nationalsozialismus	12
2.6.	Der Wahnsinn geht weiter – oder doch nicht?	12
2.7.	Wie wird man eigentlich wahnsinnig (gemacht)?	14
2.8.	Rückwege in die „Normalität“ der Gegenwart	15
3.	Der ganz normale Wahnsinn – ein Fazit mit Fragezeichen	16
4.	Literaturverzeichnis	18

1. „Patient oder Besucher?“

„Patient oder Besucher?“ Diese Frage wurde mir von einem Pfleger gestellt, als ich vor Kurzem einen guten Freund im Bezirksklinikum Haar, der, wenn man so will, „Irrenanstalt“ von Haar, besuchte. So kurz die Frage ist, so deutlich markiert sie auf den ersten Blick eine Grenze, die zwischen Wahn und Normalität. Ob diese Grenze so klar und prägnant zu ziehen ist, wie die Frage klingt, ist Gegenstand vorliegender Arbeit. War ich (für den Moment?) Besucher, so war mein Freund zu diesem Zeitpunkt Patient der Klinik. Ein Nervenzusammenbruch, gepaart mit einer schweren Depression katapultierte ihn quasi in einem Moment von der einen Seite der Grenze auf die andere. Aber was hat sich geändert? Bei meinem Besuch war er ganz normal. Gut, er wirkte etwas traurig, sprach etwas langsamer und überlegter als sonst. Insgesamt aber erkannte ich in ihm die Person, die ich als Freund schätzte und schätze. Drei Dinge macht dieser persönliche Einstieg in das Thema deutlich: Erstens sind die Grenzen zwischen Wahn und Sinn durchlässiger als es scheint. Zweitens ist es keine klare, sondern eine fließende Grenze, von der wir sprechen. Sie teilt die Welt nicht dual in die schwarze der Irren und die weiße der „Normalen“, sondern in viele Grauzonen. Und drittens bedingen sich Normalität und Wahnsinn gegenseitig; die Definition des Normalen bedarf zur Abgrenzung des Anormalen und vice versa.

Folgende Fragen sollen im Verlauf dieser Arbeit erläutert werden: Wer zog zu welcher Zeit die Grenzen zwischen „Wahnsinn und Gesellschaft“? Welche Rolle spielte dabei die Institution der „Irrenanstalt“?

2. Von der Geburt und Genese des Wahnsinns bis zu dessen Institutionalisierung

2.1. Von der Narrenfreiheit im Mittelalter

*„I am Giacomo, king of jesters, jester of kings!“
(Danny Kaye, 1955 im Film „The Court Jester“)*

Der Begriff der „Narrenfreiheit“ („privilege of fools“, „la liberté du fous“) ist auch heute noch vielen geläufig. In einem Wort wird hier zum Ausdruck gebracht, welchen Blick die Gesellschaft über viele Jahrhunderte bis in die beginnende Neuzeit hinein auf die Irren, die Narren Ihrer Zeit hatte. Frei von Internierung, Ausgrenzung und Bestrafung waren in der Antike und im Mittelalter nicht nur die schrägen Charaktere der Komödien und die Narren am Hofe des Königs, sondern auch viele derer, die man später als wahnsinnig und verrückt bezeichnete und internierte.

In der Antike kennt man keinen Wahn im späteren Sinne. In den Werken der klassischen Philosophen, so bei Aristoteles ist die Rede von Formen der Melancholie und der Hybris. Beides interpretiert man jedoch nicht als Erkrankung des Geistes, sondern als eine der inneren Organe, der inneren Säfte wie Galle, Blut und Urin. Weder die Hybris, noch die Melancholie stellt man als Gegenteil zum Logos, als Negation der Vernunft dar (vgl. Foucault 2007). Auch von einer systematischen Internierung dieser „Kranken“ ist in der Antike nichts bekannt. Immer wieder ist der Wahnsinn integrativer Bestandteil der

griechischen Mythologie, so, als die Sirenen Odysseus in den Wahn singen oder in Form der verschlüsselten Weissagungen des Orakels von Delphi. (vgl. Jetter 1981)

Im Mittelalter ist der Wahnsinn Teil der gottgewollten Ordnung und damit Teil der Gesellschaft (vgl. Foucault 2007 und Dörner 1999). Allein die in ihrem Wahn als gefährlich, gewalttätig eingeschätzten Menschen sperrt man bewacht, ansonsten aber unbehandelt in die Türme der Stadtmauern. Allerdings sind dies nur Einzelfälle von Irrsinn, keinesfalls jedoch ein Massenphänomen (vgl. Blasius 1980). Ganz heil war die Welt des Mittelalters aber dennoch nicht. Denn ganz im Gegensatz zu den Narren am Hof, die in ihrem Schalk als einzige jede Form der Kritik jederzeit und allerorts aussprechen durften (vgl. Foucault 2007), wurden die Irren der Strasse sehr wohl aus ihren Heimatorten vertrieben, auf den Strassen verspottet, verhöhnt, bespuckt und in engen Käfigen auf Marktplätzen zur Schau gestellt (vgl. Blasius 1980). Einen einheitlichen Umgang mit dem Phänomen des Wahnsinns kannte das Mittelalter nicht. Denn der Spott wich zeitweise der Furcht. Als Teil der göttlichen Ordnung verband man mit dem Wahnsinn zuweilen auch die Furcht vor dem Teufel, vor Dämonen oder vor der nahenden Apokalypse (vgl. Foucault 2007). Ein Höhepunkt dieser Angst vor dunklen höheren Mächten ist im Malleus Maleficarum, dem Hexenhammer aus dem 15. Jahrhundert dokumentiert (vgl. Behringer 2000). Dem folgenden Hexenwahn der Zeit fallen viele Tausende unschuldige Menschen, meist Frauen zum Opfer. Entweder müssen sich angeblich Besessene grausamen Exorzismus-Ritualen unterziehen, oder sie werden auf dem Scheiterhaufen verbrannt. Die Grenze zwischen bösem Wahn... und gutem ...sinn ist fließend und in ihrer Definition beliebig. Als Teil der göttlichen (Un-)Ordnung ist das Heilige dem Verrückten stets sehr nah. So wird Johanna von Orleans, die im nächtlichen Fieberwahn die Stimme Gottes hört, zunächst als Verrückte abgetan, dann als heilige Befreierin der Stadt verehrt, um nur wenige Jahre später als Hexe den Flammen übergeben zu werden. Der heilige Franz von Assisi spricht mit Tieren und wird Gründer eines der bedeutendsten christlichen Mönchsorden. Vereinzelt sind Klöster Institutionen des christlichen Mittelalters, die sich den Wahnsinnigen annehmen. Wie Mönche werden die Irren als gleichberechtigte Geschöpfe Gottes in den von „ora et labora“ bestimmten Tagesablauf des Klosters integriert. Eine besondere Behandlung ihrer Krankheit erfahren sie nicht (vgl. Jetter 1981). Insgesamt gesehen ist der Wahnsinn im Mittelalter nur ein Rand-, kein in der Wahrnehmung der Zeit systematisch auftretendes oder wahrgenommenes Phänomen und spielt für sich allein eine untergeordnete Rolle. Viel zu groß ist im Vergleich dazu der Platz, den die Kriege und Epidemien dieser Zeit im Bewusstsein der Menschen einnehmen.

Während das Mittelalter im christlichen Abendland über weite Strecken für seine wenigen Irren keine allzu gute Zeit ist, so gibt es im Islam schon sehr früh erste Häuser gezielt für Geisteskranke, in denen diese human behandelt werden. Die Behandlung gestaltet sich in Form sanfter Kuren. Geruchstherapien, der bewusste Einsatz angenehmer visueller und akustischer Reize sowie eingehende Gespräche mit den Leidenden stehen hier auf der Tagesordnung (vgl. Schott / Tölle 2006).

2.2. Zwischen Wahn(...) und (...)sinn: Vom Narrenschiff zur Anstalt

„(...)so beginnen wir zu disputieren, wollen klug sein und doch sind wir die größten Narren.“

Martin Luther

In den Leprosorien und Pesthäusern des 14. Jahrhunderts sieht Foucault die Vorläufer der Irrenanstalt. Auch wenn diese Institutionen zunächst nur für die körperlich Aussätzigen geschaffen werden, so beginnt hier ein sich später ausweitender Prozess der systematischen Ausgrenzung des zunächst unreinen, später dann unvernünftigen aus der Gesellschaft der „Normalen“ (vgl. Foucault 2007). Untermauert wird seine These davon, dass zunächst diese Häuser nach der Zeit der großen Epidemien zur Unterbringung von Geisteskranken herangezogen werden (vgl. Jetter 1981). Schon in dieser Zeit wird der Grundstein an einem Ort gelegt, auf dem noch heute das Fundament unserer modernen Anstalten liegt: weit weg von den Zentren der Städte.

Im 15. Jahrhundert dann beginnt die systematische Beschäftigung mit dem Phänomen des Wahnsinns. In dieser Übergangszeit zwischen Mittelalter und Renaissance weiß man allem Anschein nach aber noch nicht so recht, wie man den Wahnsinn einzuordnen hat und in Folge weiß man auch nicht, wohin mit den Wahnsinnigen. Eine skurrile, in ihrer Logik aber folgerichtige Erscheinung der Zeit sind daher die sogenannten Narrenschiffe. Ohne festen Hafen fahren diese mobilen Irrenhäuser auf den Flüssen Westeuropas hin und her und beherbergen eine als wahnsinnig abgestempelte menschliche Fracht (vgl. Foucault 2007). Sehr plastisch kommt hier der Gedanke zum Tragen, dass die Unvernunft keinen festen Platz mehr in der Gesellschaft hat.

Die bislang unabänderliche, weil gottgewollte ständische Weltordnung des Mittelalters gerät mit Beginn des 16. Jahrhunderts ins Wanken. Geprägt ist die erste Hälfte des Jahrhunderts von der Suche nach Perfektion in Kunst und Architektur. Nicht umsonst entstehen in dieser Zeit auch politisch-philosophische Werke wie „Utopia“ von Thomas Morus über die Konstruktion des perfekten Staates und „Il Principe“ von Machiavelli über die perfekte machtorientierte Staatskunst. In der Philosophie rücken die säkularen Begriffe „Vernunft“ und „Macht“ in den Mittelpunkt und nehmen den Platz der in Anlehnung an die Werke von Platon und Aristoteles bislang vorherrschenden Suche nach metaphysischen Prinzipien wie dem Guten und Gerechten ein. Mit der systematischen Entdeckung und Erschließung der menschlichen Vernunft als bestimmende Größe geht zeitlich auch die systematische Abgrenzung und Ausgrenzung der Unvernunft und dessen, was man als solche bestimmt, einher. Der Wahnsinn auf offener Strasse will in das Zeitalter der Hochrenaissance nicht mehr passen. Die ehemaligen Leprosorien und Pesthäuser werden wie eingangs erwähnt zur neuen Zwangsheimat (unter anderem) für die Irren (vgl. Schott / Tölle 2006). Weiter entstehen an den Stadträndern die ersten Narrentürme und Narrenhäuser.

„Der Aufstieg des Zeitalters der Vernunft, des Merkantilismus und des aufgeklärten Absolutismus vollzog sich eins mit einer neuen rigorosen Raumordnung, die alle Formen der Unvernunft, die im Mittelalter zu der einen, göttlichen, in der Renaissance zur sich säkularisierenden Welt gehört hatten, demarkierte und jenseits der zivilen Verkehrs-, Sitten- und Arbeitswelt, kurz der Vernunftswelt, hinter Schloss und Riegel verschwinden ließ: Bettler und Vagabunden, Besitz-, Arbeits- und Berufslose, Verbrecher, politisch Auffällige und Häretiker, Dirnen, Wüstlinge, mit Lustseuchen Behaftete und Alkoholiker, Verrückte, Idioten und Sonderlinge, aber auch missliebige Ehefrauen, entjungferte Töchter und ihr vermögen verschwendende Söhne wurden auf diese Weise unschädlich und gleichsam unsichtbar gemacht.“
(vgl. Dörner 1999)

Allein die neue Größe dieser ersten Internierungsanstalten zeigt, dass sich etwas in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Wahnsinns geändert hat. Und auch wenn die Definition der Zielgruppe dieser Häuser zu Beginn noch recht weit gefasst war, so gewinnt die Ausgrenzung dennoch weiter an Systematik; und die Narrenfreiheit der Jahrhunderte zuvor ist Geschichte, Don Quijote, der verrückte Ritter ist 1605 ihr letzter Held (vgl. Cervantes Saavedra 2008).

2.3. Von der fremdverschuldeten Unmündigkeit im Zeitalter der Aufklärung

*„Ich sehe nur, wie sich die Menschen plagen.
Der kleine Gott der Welt bleibt stets von gleichem Schlag,
Und ist so wunderbarlich als wie am ersten Tag.
Ein wenig besser würd er leben,
Hättst du ihm nicht den Schein des Himmelslichts gegeben;
Er nennt's Vernunft und braucht's allein,
Nur tierischer als jedes Tier zu sein.“
(Mephistopheles zu Gott in Goethe 1996)*

Bis zum Ende des 16. Jahrhunderts geht es in erster Linie um eine Ausgrenzung des Anormalen. Erst ab dem 17. Jahrhundert, der Blütezeit der Aufklärung, beginnt man, sich mit dem Gedanken einer Behandlung und Heilung der Symptome des Wahnsinns zu befassen. Aus Sicht der „Normalen“ nicht ganz uneigennützig. Denn im Zeitalter „des Ausgangs des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit“ (vgl. Kant 1998) verschuldet selbiger die systematische Entmündigung und Quälerei der aus seiner Sicht Anormalen. Das ganze geschieht aus einer Angst heraus vor Ansteckung heraus. Insbesondere in Frankreich, der Heimat der Aufklärung kommt es zu regelrechten Internierungswellen, da man befürchtet, sich bei den Wahnsinnigen anzustecken. Je größer die Bedeutung und der Einfluss der Vernunft, so scheint es, desto tiefer sitzt folgenreich die Angst vor der Unvernunft, dem Irrsinn und allem Anormalen (vgl. Foucault 2007). Wie eingangs erwähnt zeigt sich hier erstmals deutlich die gegenseitige Bedingtheit von Wahn und Sinn: die Definition der Vernunft bedarf der Abgrenzung durch die Unvernunft. Dem Wahnsinn mit Vernunft beizukommen ist im 17. Jahrhundert keine vorrangig medizinische Frage, sondern überwiegend eine interpretative der Geisteswissenschaft und Philosophie. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Unterscheidung John Lockes zwischen Irren und Idioten: Irre bilden Hypothesen, verbinden diese aber falsch und halten sie irrtümlicherweise für richtig. Idioten hingegen stellen keine Hypothesen an, sondern leben in ihrer unvernünftigen Geisteswelt vor sich hin. Irre zählten nach Lockes Definition zur bürgerlichen Gesellschaft, auszugrenzen hingegen galt es die Idioten (vgl. Dörner 1999). Der Schluss liegt nahe, dass es mit Blick auf das Thema Bildung keine Frage des geistigen, sondern eine des finanziellen Vermögens ist, ob man zum Irren oder zum Idioten wird. Schon früh zeigen sich in der Behandlung von Irren Anzeichen einer Zweiklassenmedizin. Aufgrund ihres Wahns weggesperrt werden in erster Linie die armen Schichten. In den Anstalten herrscht mit Blick auf die Behandlung der Gedanke an eine Umerziehung der Kranken zur Vernunft vor.

*„Im Zeitalter der Aufklärung prägte vor allem der Begriff der Vernunft das Menschenbild. Damit erschienen die „Unvernünftigen“, zu denen man auch die „Irren“ bzw. „Narren“ zählte, als unmündige Menschen, die (wieder) zur Vernunft zu bringen waren.“
(vgl. Schott / Tölle 2006)*

Auf diesem Weg zurück in die Vernunft sind in den Massenanstalten (in Frankreich die „hôpitaux généraux; in England die „houses of correction“) grausame Rituale der Bestrafung an der Tagesord-

nung. Die Internierten werden geschlagen, gepeitscht und gebrannt. In der Welt der Feudalen und des aufkommenden reichen Bürgertums hingegen ähnelt die Behandlung von Melancholie und Hysterie einer heutigen Kur: Es wird geritten, Spazieren gegangen, gebadet und massiert (vgl. Dörner 1999).

Jetter (1981) relativiert den Wahnsinn dieser frühen Anstalten für die Unterschicht. So sieht er trotz der Grausamkeiten in ihnen die ersten notwendigen Lernschritte zur modernen Psychiatrie. Er verweist auf Gesellschaften z.B. in Asien, in denen diese historische Entwicklung ausblieb und die bis heute ein undifferenziertes und abfälliges Bild von geistigen Erkrankungen haben. Ich selbst teile die Meinung des Autors nicht, denn kein noch so großer Fortschritt rechtfertigt die an Menschen begangenen Verbrechen der Vergangenheit. Gerade mit Blick auf die deutsche Vergangenheit spricht dieser Gedanke für sich.

Ganz im Zeichen der aufkommenden Naturwissenschaften stellt man aber auch erste Vermutungen über die Zusammenhänge von Hirn, Nervenbahnen und Formen psychischer Störungen an. Weiter beginnt man zu erkennen, dass seelische Krankheiten auch körperlich krank machen können. Allerdings neigt man hier im 17. Jahrhundert zur Übertreibung, so als man in den Geisteskrankheiten eine Ursache für die Pest sah (vgl. Schott / Tölle 2006). Noch aber ist die Zeit für eine moderne Psychiatrie nicht reif, und was normal und was anormal und damit ausgrenzungswürdig ist, bleibt weniger eine Frage der Gesundheit, denn eine Frage der bürgerlichen Moral. Zudem darf nicht vergessen werden, dass die Mitte des 17. Jahrhunderts aufgrund des übergroßen Wahnsinns des Dreißigjährigen Krieges wenig Zeit lässt, sich mit den Fragen des Wahnsinns im Kleinen, einzelner Menschen zu befassen. Medizinisch begrenzte man die mehr spekulative als wissenschaftliche Ursachenforschung in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts auf sehr reduzierte, scheinbar kausale Zusammenhänge und Beobachtungen wie der, das physisch Schwache auch einen mehr ausgeprägten Hang zur Melancholie haben. Als schwaches Geschlecht neigten demnach Frauen besonders zu diesem Krankheitsbild (vgl. Dörner 1999).

Im 18. Jahrhundert, dem Höhepunkt der Aufklärung, investiert die menschliche Vernunft erstmals viel Zeit und Mühen in die Erforschung und Behandlung der Unvernunft, des Wahnsinns. Ganz im Sinne des Positivismus geht es um einen Erkenntnisgewinn über die sichtbaren Symptome des Wahnsinns:

„Der Körper des Irren wurde als feste und sichtbare Form seines Leidens betrachtet. Daher rühren auch jene Kuren, deren Sinn einer moralischen Perzeption und moralischen Therapie des Körpers entliehen war.“
(vgl. Foucault 2007)

Noch immer bestimmt der Gedanke einer Umerziehung der Wahnsinnigen im Sinne bürgerlicher Vorstellungen von Vernunft und Moral das Bild der Anstalten. Zwar wird nun weniger geschlagen und gebrannt, human geht es in den Anstalten aber dennoch nicht zu. Immerhin aber weicht die Willkür Foucault (1996) nach einer gewissen Systematisierung in der Behandlung. Er beschreibt vier Phasen der Behandlung (ebenda): (1) Konsolidierung: Leidet der Patient an Melancholie, so wird er verschiedenen stimulierenden Reizen ausgesetzt, meist mit Überreizungen und Schmerzen verbunden. Man verabreicht übel schmeckende oder extrem scharfe Substanzen. Die unruhigen manischen Patienten hingegen setzte man beruhigenden angenehmen Reizen, wie Musik aus. Davon, dass man sie ihrem

Krankheitsbild jeweils entgegen gesetzten Reizen aussetzte, versprach man sich eine Konsolidierung der zu Behandelnden. (2) Reinigung: Im harmloseren Fall gibt man den Patienten abführende Substanzen oder vollzieht einen Aderlass. Weitaus brutaler ist dagegen die ebenfalls verbreitete Methode von Bluttransfusionen, an denen zahlreiche Patienten zu Grunde gehen. Vor allem, weil man die Transfusionen entweder in Unkenntnis über Blutgruppen durchführt oder schlicht weil man statt Menschen- Tierblut überträgt. (3) Untertauchen: Wasser wird als reinste der Natursubstanzen angesehen. Mit dem Untertauchen der Kranken verbindet man daher einen Reinigungseffekt. So wie sich alle Speisen über kurz oder lang im Wasser auflösen, so soll sich auch die Melancholie aus dem Menschen heraus lösen. (4) Regulierung der Bewegung: Insbesondere bei den manischen Patienten sieht man in der Unruhe nicht nur ein Symptom, sondern auch eine Ursache des Leidens. Eine strikte Regulierung der Bewegung, so glaubt man, schafft daher auch Linderung im Krankheitsbild. Nur versteht man hier unter Regulierung nicht etwa regelmäßigen Sport, sondern die Vollkörper-Fixierung der Patienten in verstellbaren Holz-Stühlen.

So vorwissenschaftlich diese Behandlungsmethoden zunächst erscheinen und so wenig, wie sie in der damaligen Zeit auf einem stabilen empirischen Fundament fußen, umso erstaunlicher ist es, dass man hier Vorfahren noch heute verbreiteter Formen der Behandlung erkennt. Beispiele hierfür sind: (1) Borderline-Patienten wird bei einem Anfall empfohlen, scharfe aber harmlose Substanzen wie Peperoni zu verzehren, damit sie sich keinen anderen Schaden zufügen. (2) Bei nahezu allen psychischen Erkrankungen wird im Blut zunächst nach organischen Ursachen gesucht. (3) Bewegungsbäder sind auch heute noch Bestandteil zahlreicher Therapien; eine Bäderabteilung findet man in jeder modernen Anstalt. (4) regelmäßige Bewegung, wenn auch in freier und selbstbestimmter Form ist ein Fundament der Behandlung von Depressionen (vgl. Schneider 2008).

Die Geburt der modernen Medizin und Psychiatrie verortet Foucault am Ende des 18. Jahrhunderts. Er macht dies daran fest, dass die Beliebigkeit und Zufälligkeit, mit der Behandlungsformen entstehen und angewandt werden, abgelöst wird von einem zunehmend empirischen und naturwissenschaftlichen und damit systematischen Vorgehen. Vereinzelte Experimente werden abgelöst von einer Protokollierung der Behandlungen und einer vorsichtigen und genauen Beschreibung von Symptom, Behandlung und Wirkung der Behandlung. Mit der Dokumentation kommt zur verräumlichten Ausgrenzung des Wahnsinns in Anstalten die Versprachlichung des Psychopathologischen hinzu:

„Die Klinik ist sowohl eine neue Gliederung der Dinge wie auch das Prinzip ihrer Artikulierung in einer Sprache, in der wir die Sprache einer positiven Wissenschaft zu sehen pflegen.“
(vgl. Foucault 2008)

Foucault spricht hier einen wichtigen Punkt an. Mit der beginnenden Erforschung der Geisteskrankheiten entsteht auch ein neues sprachliches System zu deren Erfassung. Sprache neigt dazu sich zu entwickeln und durch ihre regelmäßiger werdende Anwendung zu wachsen. Ganz in diesem Sinne wächst in den Jahren nach Beginn einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung die Anzahl der Worte, die sich mit den Phänomenen des Wahnsinns auseinandersetzen. Mit jedem neuen Text wächst die selbstreferentielle, weiteres Wachstum induzierende Eigendynamik des Systems Sprache (vgl. Luhmann 1999). Eine denkbare Folge ist eine Rückkopplung zwischen System und Lebenswelt (vgl.

Habermas 1999). Oder einfach ausgedrückt: Die Sprache definiert nicht nur (Geistes)Krankheiten, sondern entdeckt, ja erfindet sie vielleicht sogar. Die im geschichtlichen Zeitverlauf stark schwankende Zahl derer und die Definition dessen, was als (geistes)krank bezeichnet und/oder interniert wird spricht für diese These. Wie Dörner am Beispiel der deutschen Kleinstaaterei, in der Zeit vor der Reichsgründung zeigt, wird die Definition des Wahnsinns und des Internierungswürdigen nicht allein wissenschaftlich, sondern oft auch politisch definiert:

„Hierfür [für den Erhalt der politischen Geltung der deutschen Kleinstaaten] und für den Aufbau einer autarken Wirtschaft war es erforderlich, die Untertanen, soweit irgend möglich und wenn nötig durch Zwang, in Ehepaare, Arbeiter, Steuerzahler und Soldaten zu verwandeln. Dabei musste es auch hier um die „Polizierung“ der Ausgegrenzten, der Reservearmee der Asozialen, gehen, (...)“
(vgl. Dörner 1999)

Während man in Frankreich und England, die Wahnsinnigen häufig noch mit anderen sozial unerwünschten Personengruppen zusammensperrte, legte man in Deutschland der Internierung schon früh eine wahrhaft „gründliche“ Systematik zugrunde: Es gab Zucht-, Korrekptions-, Verwahrungs-, Versorgungs-, Arbeits-, Waisen-, Findel-, Fremden, Narren-, und Tollhäuser als jeweils eigene Anstalt. Je nach wirtschaftlichem und militärischem Bedarf konnte man so leicht die Tore der einen oder anderen Anstalt öffnen. Diese Systematik herrscht bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts vor (vgl. Dörner 1999). Auch in England und Frankreich waren die Anstalten „Wegsperrburgen“, die entweder den Zweck erfüllten, billige Arbeitskräfte vorzuhalten oder durch Internierung sozialen Unruhen vorzubeugen (vgl. Schott / Tölle 2006).

2.4. Die Geburt der „modernen“ Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert

„Die Sprache der Psychiatrie, die ein Monolog der Vernunft ÜBER den Wahnsinn ist, hat sich nur auf einem (...) Schweigen errichten können.“
(Foucault 2007, S.29)

Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts sprechen Autoren wie Dörner (1975) und Jetter (1981) und Schott (2006) von einer Humanisierung im Umgang mit dem Wahnsinn. Ein Zufall der Geschichte, so schreibt Dörner (1999), bringt die Irren erstmals in größerem Umfang in die Hand von Ärzten in Krankenhäuser. In einigen Städten, darunter in Berlin, brennen Irrenanstalten ab. Aus Angst vor den immensen Kosten von Neubauten überführt man die Insassen dort in die Berliner Charité, wo die Irren die Aufmerksamkeit der Mediziner erregen. Zum ersten Mal nimmt man die Irren als kranke Menschen, nicht als Gefangene ihres Wahnsinns und der Anstalten wahr. Noch aber dominieren die Geisteswissenschaften (manchmal in romantisch-literarisch verklärender Form) und nicht die Medizin die Psychiatrie. So zitiert Dörner (1999) Reil (1803), einen Pionier der deutschen Psychiatrie mit den Worten:

„Die Erscheinung und der Charakter der Anstaltsleiter soll jeden Widerstand des Patienten sinnlos erscheinen lassen: „Ihre Rede sei kurz, bündig und lichtvoll. Die Gestalt des Körpers komme der Seele zu Hilfe und flöße Furcht und Ehrfurcht ein. Er sei groß, stark, muskulös; der Gang majestätisch, die Miene fest, die Stimme donnernd.“

Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts steht aber nicht die Heilung der Insassen, sondern der Schutz der Öffentlichkeit im Vordergrund (vgl. Blasius 1980). In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstehen erste medizinische Irrenanstalten unter staatlicher Normierung (vgl. Schott / Tölle 2006).

Mit der wissenschaftlichen Herangehensweise entstehen um die Mitte des 19. Jahrhunderts auch die ersten wissenschaftlichen zunächst entgegen gesetzte Schulen um das Phänomen des Wahnsinns. Zudem beginnt man, sich nicht nur mit den Symptomen, sondern in der neu entstehenden Disziplin der Psychopathologie auch mit den Ursachen des Wahnsinns zu beschäftigen. Zwei Strömungen dominieren diese Zeit. Der Widerstreit und die Diskussion zwischen Somatikern und Psychikern treiben den Fortschritt der Psychiatrie als Wissenschaft voran. Während die Somatiker um Nasse und Jacobi die Ursachen psychischer Erkrankungen im Körperlichen suchen, sehen die Psychiker die Ursachen in der Psyche des Menschen (vgl. Schott /Tölle 2006). Der in diesem Streit wohl ausgehobene tiefe Graben zwischen Psychiatrie und Psychologie ist auch heute noch trotz gemeinsamer Therapieansätze nicht ganz zugeschüttet. Gemein ist beiden Schulen der deutschen Psychiatrie, dass der Irre als „abtrünniger Sohn“ gesehen wird, den es vom „strengen Vater“ zu züchtigen gilt (vgl. Dörner 1999). Im Gegensatz zu dieser eher preußisch-militaristischen Psychiatrie geht die französische Psychiatrie einen anderen Weg. Mit Pinel und Esquirol rücken in Frankreich auch soziale Ursachen des Wahnsinns in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Erste Ansätze einer begleitenden sozialen Reintegration von Irren sind hier erkennbar.

In Deutschland ist die Humanisierung und weitere Verwissenschaftlichung der Psychiatrie eng mit dem Namen Griesinger verbunden. Er steht für die Anwendung empirischer Methoden und unternimmt darüber hinaus erste Versuche, die Ansätze der Somatiker und die der Psychiker zu integrieren (vgl. Schott / Tölle 2006). So ist es unter anderem ihm zu verdanken, dass in Kliniken heute Psychologen und Psychiater neben- und bestenfalls miteinander arbeiten. Weiter erarbeitet Griesinger erste sozialintegrative Konzepte zur Reintegration der Irren in die Gesellschaft. Seine für die damalige Zeit sehr weitreichenden werden allerdings erst nach seinem Tod, zum Teil erst im 20. Jahrhundert umgesetzt (vgl. Dörner 1999).

Als die Syphilis droht, zur Pest des 19. Jahrhunderts zu werden, rücken zum einen die somatische Medizin und die Psychiatrie einen weiteren Schritt zusammen. In ihrem Fortschritt befällt die Syphilis auch das Gehirn und die Patienten verfallen in Folge dem Wahnsinn (vgl. Schott / Tölle 2006). Zum anderen aber erlebt die strikte Trennung von „Bürgern und Irren“ in dieser Zeit eine Renaissance (vgl. Dörner 1999). Vermutlich ist eine Ursache hierfür darin zu sehen, dass die Syphilis eine Lustseuche ist, die in den Wahnsinn führt. Damit steht der Wahnsinn über den Umweg dieser Geschlechtskrankheit der Vorstellung von bürgerlicher Moral entgegen.

Wie in den Jahrhunderten zuvor vollzieht sich die weitere Entwicklung der Kliniken im System einer Zweiklassen-Medizin, insbesondere in England, wo reiche Bürger ihre Verwandten in teuren Privatkliniken komfortabel behandeln lassen, und die Irren der einfachen Schichten zu Massen in klinischen Verwahranstalten untergebracht werden. Sowohl die Privatkliniken, als auch die für die breite Masse werden in England zunächst (natürlich ganz unterschiedlich) privat und gewinnorientiert geführt. Von „mad economics“ ist hier die Rede. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beginnt nach Protesten die öffentliche Irrenfürsorge im englischen Königreich (vgl. Blasius 1980).

Über die 1840er Jahre berichten Dörner (1999) und Blasius (1980) Widersprüchliches. Dörner schreibt über Bürger, die sich durch Anstalten wie Siegburg in ihrer Nähe belästigt fühlen und auf eine Schließung selbiger drängen. Blasius hingegen berichtet über Debatten, in denen sich das Bürgertum, gegen den Widerstand der Feudalen für eine humane Behandlung der Irren stark macht. Vielleicht lassen sich beide Erkenntnisse unter dem Motto zusammenfassen: Behandlung ja, aber bitte nicht in meiner Nähe! Der somatisch orientierten Lehre Jacobis folgend entstehen in den 1850er und 60er Jahren die ersten psychiatrischen Landesanstalten. Nach wie vor aber ist die große Masse der Irren in dieser Zeit noch in Arbeitshäusern unter teils menschenunwürdigen Verhältnissen untergebracht. In den 1870er Jahren etablieren sich die ersten Lehrstühle für Psychiatrie (vgl. Blasius 1980). Diese erlebt gegen Ende des Jahrhunderts einen regelrechten durch die Forschung induzierten Boom. Zum Beispiel kommt zu den bereits unterschiedenen Formen der Depression und der Manie die Erforschung der Schizophrenie (Selbstentfremdung und Selbstentzweiung) hinzu. Neben der Psychopathologie etabliert sich die Neurologie als weitere Teildisziplin. (vgl. Schott / Tölle 2006) Wie bereits in 2.3. im Fall der sprachlichen Systematisierung angedeutet, kommen hier frei nach Johannes Mario Simmel nicht die Clowns mit den Tränen, sondern mit den Psychiatern die Geisteskrankheiten. Auch hier sind die Grenzen zwischen Erforschung und Erfindung fließend.

Während sich die Psychiatrie zunehmend der Medizin und der Somatik verschreibt, entsteht in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit Sigmund Freud und seiner Psychoanalyse ein geisteswissenschaftlicher Gegenpol (vgl. Lohmann 2002). Ganz im Sinne des in dieser Zeit vorherrschenden Glaubens an die Allmächtigkeit der Naturwissenschaft befasst sich die Psychiatrie mit dem Körperlichen, dem Sichtbaren, (vgl. Foucault 2008) die Psychoanalyse hingegen mit dem Unbewussten und damit dem Unsichtbaren. Neu an der Psychoanalyse ist, dass in ihr nicht die Krankheit und deren Behandlung im Mittelpunkt steht, sondern der Patient. Freud hebt die Unterscheidung krank und gesund auf; Neurosen sind für ihn nicht krankhaft, sondern alltäglich und damit „normal“ (vgl. Lohmann 2002). Weiter hat der Therapeut nicht die Legitimation, bestimmend in die Erzählung des Patienten einzugreifen. Freuds Anliegen war es so, erstmals einen machtfreien Raum zwischen Behandler und Behandeltem zu schaffen (vgl. Lohmann 2002). Foucault (2009) hingegen kritisiert die Konzeption der Psychoanalyse, eben weil sie den Patienten im Monolog verweilen lässt. Die höchste Form der Kommunikation sei nun mal der Dialog. Letzterer aber ist in der Psychiatrie bis heute alles andere als herrschaftsfrei.

Ende des 19. Jahrhunderts wandelt sich das Gesicht der Anstalt erneut, und es entstehen stadtähnliche Anlagen wie das Klinikum in Haar (Jetter 1981). Hier entstehen kleine Parallelgesellschaften des Wahnsinns, mit eigenen Kirchen, Arbeitsstätten und Friedhöfen. Immer aber durch Mauern und Zäune abgegrenzt von der „normalen“ Welt.

Der Siegeszug der Wissenschaft in der Psychiatrie geht nicht einher mit einer Humanisierung der psychiatrischen Anstalten. Bis in die 1950er und 1960er Jahre dominieren grausame Formen der Behandlung: die Elektrokrampftherapie, künstlich induzierte Fieberschübe, absichtliche Ansteckung mit Krankheiten. Noch immer ist es der Irre nicht wert, dass Wissenschaft nicht ungezügelt am lebenden

Objekt exerziert werden dürfte. Eine menschenunwürdige Form der Behandlung wird bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts praktiziert: die Lobotomie. Durch einen operativen Eingriff am Gehirn wird ein Teil des emotionalen Zentrums zerstört. Der Erfolg der behandelten depressiven und manischen Patienten wird wie folgt beschrieben:

"Die Psychochirurgie erlangt ihre Erfolge dadurch, dass sie die Phantasie zerschmettert, Gefühle abstumpft, abstraktes Denken vernichtet und ein roboterähnliches, kontrollierbares Individuum schafft." (vgl. Walter Freeman zitiert in: Breggin 1983)

Das Ende des 19. und der Beginn des 20. Jahrhunderts bringen einen weiteren neuen Aspekt in die Behandlung von Geisteskrankheiten. Nach und nach hält die medikamentöse Behandlung – zunächst nur mit Beruhigungsmitteln – Einzug in den Klinikalltag. Lange allerdings war die Wirkung der Medikamente auf ein Abschalten oder zumindest auf eine Linderung der Symptome beschränkt. Zwangsfixiert man die Patienten zuvor in Stühlen, so schaltet man ihre „Leiden“ nun mit Betäubungsmitteln ab. Dies führt zwangsläufig dazu, dass die Patienten nur vor sich hin vegetieren (vgl. Blasius 1981).

2.5. Der Wahnsinn des Nationalsozialismus

*„Charakterstrukturen, die als „pathologisch“ abgetan wurden, weil sie nicht im Einklang standen mit den geläufigen manifesten Zügen oder den in einer Gesellschaft vorherrschenden Idealen, haben sich bei näherer Überprüfung als bloße Übertreibungen dessen herausgestellt, was in jener Gesellschaft unter der Oberfläche ganz allgemein anzutreffen war.“
(Adorno 2004)*

Auf die Ereignisse in der Zeit des Nationalsozialismus soll im Rahmen dieser Arbeit nur kurz eingegangen werden. In letzter brutaler Konsequenz sozialdarwinistischen Denkens werden die Irren im Dritten Reich systematisch interniert, zwangssterilisiert, in „Forschungsprojekten“ gefoltert und in Euthanasieprogrammen ermordet. Den Gedanken der „Dialektik der Aufklärung“ folgend ist es im Land der Dichter und Denker die Vernunft, die den Wahnsinn der Vernichtung in seiner Organisation und Durchführung perfektioniert (vgl. Horkheimer / Adorno 2006). Die Nationalsozialisten versuchen sich an der systematischen nicht Ausgrenzung, sondern Vernichtung des in ihren Augen Anormalen. Der Versuch, den Wahnsinn zu vernichten schafft eine neue Form des Wahnsinns. Wie können so viele Deutsche zu einem Volk der Irren werden? In keiner anderen Zeit, als in der von 1933 bis 1945 ist die Frage offener, auf welcher Seite der Mauern die Wahnsinnigen sind.

Aber auch heute sind wir nicht davor bewahrt. Wie der Bürgerkrieg in Jugoslawien zeigt, können Menschen über Jahre Tür an Tür leben und von einem Tag auf den anderen bringen sie sich gegenseitig um. Die Liste mit Beispielen ließe sich noch seitenweise fortführen. Eines haben sie gemeinsam, sie zeigen uns auf, wie dünn die Grenze zwischen Wahn und Sinn, und wie schnell sie sich verschiebt.

2.6. Der Wahnsinn geht weiter – oder doch nicht?

*An der Umgehungsstraße, kurz vor den Mauern unserer Stadt
steht eine Nervenlinik, wie sie noch keiner gesehen hat.
Sie hat das Fassungsvermögen sämtlicher Einkaufszentren der Stadt.
Geh'n dir die Nerven durch, wirst du noch verrückter gemacht.
(...)
Sicherheitsnotsignale,*

*Lebensbedrohliche Schizophrenie!
Neue Behandlungszentren
bekämpfen die wirklichen Ursachen nie
(...)
(Joachim Witt im NDW-Hit „Der Goldene Reiter“)*

Nach dem Untergang des Dritten Reiches knüpft man zunächst an die Zeit davor an. In den Zeiten des Wirtschaftswunders gewinnt die medikamentöse Behandlung von Patienten immer mehr an Bedeutung. In den 1950er Jahren werden die ersten Antidepressiva entwickelt. Wenig später kommen Neuroleptika hinzu. Allerdings haben diese Medikamente zunächst noch schwere Nebenwirkungen. Das Neuroleptikum Haldol zum Beispiel lässt Menschen in ihren Bewegungen scheinbar erstarren, so dass sie sich wie Roboter bewegen. Eine Teilnahme am „normalen“ Leben wird den Patienten dadurch erschwert. Zudem lässt sich die Wirkung, insbesondere der antidepressiven Präparate (auch moderner) teils nur schwer nachweisen, da die Wirkung im Gegensatz zu den Nebenwirkungen, die sofort eintreten, erst Wochen später eintritt (vgl. Schneider 2008). In weniger schweren Fällen ist es dann kaum noch möglich zu bestimmen, ob das Medikament die Besserung erzielt hat, oder ob es dem Patienten aus anderen Gründen wieder besser geht.

Neben der beginnenden Behandlung mit Psychopharmaka ändert sich in den 1950er und 60er Jahren auch, dass neue Formen der Psychotherapie und –analyse entwickelt und angewandt werden. Auf die Therapie haben zunehmend auch psychiatrie-kritische Werke wie die von Alexander Mitscherlich Einfluss (vgl. Hoyer 2008). Die weitere Verwissenschaftlichung löst nach und die politische und soziale Definition des Wahnsinns ab. Unabhängig davon, ob dies besser oder schlechter ist, bestimmen immer mehr die Ärzte, nicht mehr die breite Gesellschaft oder die politischen Machthaber, wer geisteskrank ist und wer nicht. Der Schwerpunkt in der Behandlung von Geisteskranken verschiebt sich auch immer mehr von der reinen Isolation und Abgrenzung von der normalen Welt und von einer Behandlung der Symptome hin zum Glauben an die Heilbarkeit, Genesung und Reintegration (vgl. Foucault 2008). Schott und Tölle (2006) sehen eine Verbesserung in dem Sinne, dass die wissenschaftliche Psychiatrie zunehmend phänomen- und patientenorientiert und weniger bestimmt wird durch die Abgrenzung von der sozialen Umwelt. In der Tat scheinen mit der zunehmenden Anzahl von Psychopharmaka auch immer mehr Krankheiten erfolgreich behandelbar. Bei allem medizinischen Fortschrittsglauben, ausgelöst durch diese zunehmende Behandelbarkeit sieht Foucault nach wie vor eine elementare Schwäche in der modernen Psychologie und Psychiatrie:

*„Die Psychologie konnte der Psychiatrie niemals bieten, was die Physiologie der Medizin gegeben hat: das Instrument einer Analyse, die mit dem Abgrenzen der Störungen gleichzeitig den Blick auf das funktionelle Verhältnis zwischen dieser Störung und der Gesamtheit der Persönlichkeit richtet.“
(vgl. Foucault 2002)*

Foucault übt mit seiner Aussage Kritik, dass die Abgrenzung des Pathologischen vom Gesunden in der Psychiatrie nach wie vor eine Frage der jeweils vorherrschenden ärztlichen Meinung ist. Dieser ärztlichen Meinung allerdings fehlt das Verständnis vom großen Ganzen der Psyche. Die Behandlung bleibt daher ein Herumstochern in Symptomen, in der Hoffnung, dass das Gesamtsystem Psyche dabei nicht beschädigt werde.

2.7. Wie wird man eigentlich wahnsinnig (gemacht)?

„Caritas in NRW: Wann ist ein Mensch psychisch krank?“

Klaus Dörner (lacht): Wenn er einen Arzt findet, der eine entsprechende Diagnose stellt.“

(Vgl. Dörner 2001)

Dass die moderne Psychiatrie die Identität und Integrität der Persönlichkeit als ganzes zu schädigen in der Lage ist, bestätigen die Forschungen Goffmans. In seinen Werken *Asyle* (vgl. Goffman 2008) und *Stigma* (vgl. Goffman 2009) zeigt er stichhaltig auf, was die moderne Psychiatrie anzurichten in der Lage ist. Eine seiner Grundthesen ist die Annahme, dass man nicht wahnsinnig wird, sondern wahnsinnig gemacht wird. Erst durch die Einweisung des vermutet Irren in die Anstalt wird diesem das Stigma der Geisteskrankheit zu teil. Dem Menschen wird der Stempel des Wahnsinns aufgedrückt und ihm die entsprechende soziale Rolle zugewiesen. Einmal in der Gewalt der Psychiatrie ist es sehr schwer, wieder herauszukommen. Eine Ursache hierfür ist darin zu sehen, dass der Eingewiesene in der geschlossenen Anstalt nur noch dieses Setting als sozialen Bezugsrahmen hat. Die Irren haben nur Irre als Referenz- und Bezugspersonen. Auch von den Ärzten werden die Patienten eben wie Patienten behandelt. Eine geistige Gesundung ist nach Goffman in der geschlossenen Anstalt kaum möglich, da man durch deren institutionellen Rahmen zum Irren sozialisiert wird. Je länger man in der Anstalt verweilt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, weiter in diesem System gefangen zu bleiben. Goffman spricht mit Blick auf psychiatrische Anstalten auch von der „totalen Institution“ (vgl. Goffman 2008). Der eingewiesene Patient ist im Setting der Anstalt der Macht der Ärzte und der des Klinikpersonals hilflos ausgesetzt. Letztgenannte herrschen im Rahmen der Klinik geradezu absolutistisch über den Patienten, seine Medikation, seinen Tagesablauf, seine Grade der Freiheit, usw.

In eine ähnliche Richtung zielen die Forschungen von Seligman (1979). In seiner Theorie von der gelernten Hilflosigkeit geht auch er von einem negativen Sozialisationsprozess in den Kliniken aus. Die Patienten werden nicht allein durch die Einweisung unmündig gemacht, sondern in der Zeit ihrer psychiatrischen Behandlung findet ein sozialer Lernprozess statt, der die Patienten von der Psychiatrie abhängig macht. Eine Folge ist die steigende Zahl von Langzeitpatienten, die auf Dauer oder immer wieder mit der Psychiatrie in Berührung kommen. Sie bewegen sich von Therapie zu Therapie, verlernen dabei, sich selbständig in der normalen Welt zurechtzufinden und erlernen eine zunehmend stärker werdende Abhängigkeit; die Welt der Psychiatrie wird ihre soziale Heimat. Diese Prozesse der Stigmatisierung, das Setting der totalen Institution sowie Prozesse der erlernten Hilflosigkeit werden sehr plastisch im Film „*Einer flog übers Kuckucksnest*“ geschildert. Ein psychisch gesunder Krimineller begibt sich freiwillig in psychiatrische Behandlung in eine Klinik, in der Hoffnung, dass dies leichter zu ertragen sei als das Gefängnis. Dort lernt er eine Gruppe von Patienten kennen, die zwar freiwillig in der Klinik sind, aber die Symptome erlernter Hilflosigkeit aufzeigen. Der Film endet damit, dass der vormals gesunde Kriminelle nach mehreren Konflikten mit dem Klinikpersonal und Versuchen, aus dem System Klinik auszubrechen, einer Lobotomie unterzogen wird.

Unter anderem in Folge der Werke von Goffman und Seligman entsteht die Bewegung der Antipsychiatrie (vgl. Glatzel 1975). Sie lehnte die Institutionen der Psychiatrie ab. Goffman folgend gehen ihre Anhänger davon aus, dass Patienten durch Etikettierung und Stigmatisierung zu Wahnsinnigen ge-

macht und damit aus dem sozialen Leben ausgegrenzt und ausgeschlossen werden. Anliegen der Antipsychiatrie ist es, den Machtanspruch der Psychiater über den Patienten zu brechen. Die Patienten sollen ihrer Freiheit nicht mehr beraubt werden, Teil der Gesellschaft bleiben und so von selbst wieder zur „Normalität“ zurückfinden. Einige Versuche der Umsetzung enden im Chaos und die „Patienten“ werden nicht geheilt, sondern verwahrlosen. Auch wenn sich die Konzepte der Antipsychiatrie nicht erfolgreich in konkreten Projekten bewährten, so hatten sie dennoch großen Einfluss auf ein Umdenken in der Psychiatrie (vgl. Glatzel 1975).

2.8. Rückwege in die „Normalität“ der Gegenwart

*„Die Finger dürfen keine Mängel aufweisen, mit Ausnahme sehr leichter oberflächlicher Fehler, deren Fläche insgesamt 1 cm² der Fingeroberfläche nicht überschreitet, sofern diese das allgemeine Aussehen, die Qualität, Haltbarkeit und Aufmachung der Hand oder des Clusters im Packstück nicht beeinträchtigen.“
(Auszug aus der mehrseitigen Verordnung (EG) Nr. 2257/94 zur Normierung von Bananen)*

So gibt es in den modernen Anstalten zunehmend offene Konzepte der Behandlung. Vielversprechend ist das Modell der sogenannten Gemeinde- und Sozialpsychiatrie. Dabei geht es um die woh-nortnahe Behandlung von Menschen, um sie so wenig wie möglich aus ihrem sozialen Kontext her-auszulösen. Ironischerweise kann man sich an dieser Stelle die Frage stellen, ob man die Kliniken in die Städte und Gemeinden integriert hat, oder ob die Städte so weit gewachsen sind, dass diese zwangsläufig näher rückten.

Ein weiteres Beispiel sind die Tagkliniken. Patienten befinden sich, nachdem sich ggf. akute Krankheitszustände gebessert haben nur tagsüber in einer Klinik. Dort werden sie von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeiter gemeinsam betreut. Die Ärzte sind für die medikamentösen und somatischen Angelegenheiten verantwortlich, die Psychologen leiten eine Psychotherapie ein und die Sozialarbeiter stehen den Patienten bei allen Fragen rund um die soziale Reintegration zur Seite, zum Beispiel bei Fragen rund um die unterstützten Möglichkeiten einer sozialen und beruflichen Reintegration (vgl. Mecklenburg 2008).

Menschen in schweren Lebenslagen, die sie selbst oder ihre Angehörigen nicht mehr bewältigen können, haben die Möglichkeit, eine Kriseninterventionsstation aufzusuchen. Die Patienten werden hier (in den meisten Fällen, mit Ausnahme bei akuter Selbstgefährdung) freiwillig aufgenommen und können auch jederzeit wieder gehen. Für ca. zehn Tage haben sie mit der Krisenstation einen sozialen Raum, in dem sie vor äußeren Einflüssen geschützt, wieder zu sich selbst finden können.

„Eine offene psychiatrische Aufnahmestation mit kurzen Behandlungszeiten erfordert die enge Einbindung in das psychiatrisch-psychotherapeutische Gesamtversorgungsgefüge, die nur durch enge Kooperation erreicht werden kann. Dem knappen Zeitrahmen entspricht eine gezielte inhaltliche Fokussierung auf die krisenrelevante Problematik. Nach umfassender medizinisch-psychiatrischer, psychotherapeutischer und sozialer Diagnostik erstellt das multiprofessionelle Behandlungsteam für jeden Patienten einen individuellen Behandlungsplan, der auch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes umfasst. Der einerseits Schutz gewährende, gleichzeitig aber zu Struktur und Planung auffordernde Rahmen der Station sowie das intensive, individuell gestaltete Behandlungsangebot eignen sich zu Beruhigung, Entlastung und Neuorientierung. Sie bieten die Möglichkeit, den persönlichen Krisenanlass sowie bisherige Bewältigungsstrategien zu reflektieren und zu

modifizieren. Ziel ist es, die Krise neu oder anders zu bewerten und in den Lebenskontext zu integrieren.“
(vgl. Atrium-Haus München 2009)

Gemeinsam (!) mit Ärzten, Psychologen und ggf. Sozialarbeitern entscheidet der Patient über die ggf. weiteren Formen und Möglichkeiten der Behandlung. Moderne integrative Behandlungskonzepte setzen auf eine Kombination von Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. Neuere Forschungen zeigen, dass Gesprächstherapien langfristig eine Veränderung in den neurologischen Mustern des Gehirns bewirken, woraus man den Schluss auf eine heilende Wirkung der Psychotherapie ziehen kann (vgl. Schott / Tölle 2006).

Ein weiterer Fortschritt ist darin zu sehen, dass die Nebenwirkungen moderner Psychopharmaka zwar nicht verschwinden aber geringer werden, was die Teilnahme psychisch kranker Menschen am Alltag erleichtert. Trotzdem bleibt die Frage offen, ob der Wahnsinn ein rein biochemischer Prozess ist, dem man mit „Tabletten“ vollends beikommen kann. Neben dem in der medikamentösen Behandlung sind in den nächsten Jahren deutliche Fortschritte in der neurobiologischen und genetischen Forschung zu erwarten, aus denen sich neue Behandlungsmethoden ableiten werden.

Und trotz dieser neuen humaneren Methoden und Ansätze, begegnet einem auch heute noch immer wieder ein tief verwurzelter Drang nach institutioneller Ausgrenzung des/der Geisteskranken. Dies schildert der mehrfach angeführte Autor Klaus Dörner an einem selbst erlebten Fall. Als Leiter einer Klinik hatte er den Plan, etwa 20 bis 30 Langzeitpatienten einfach zu entlassen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, aus dem Kreislauf erlernter Hilflosigkeit auszubrechen. Trotz aller neuen Offenheit der modernen Anstalten unserer Zeit ist es erstaunlich, auf wie viel und auf welchen Widerstand er dabei traf:

„Ich merkte, dass ich niemanden auf meiner Seite hatte: Der kaufmännische Leiter sorgte sich um den Bestand seiner Einrichtung, Betriebsrat und Mitarbeiter um die Arbeitsplätze, der Träger um sein Kostenbudget. Die Angehörigen fürchteten, übermäßig in die Betreuung der Patienten eingespannt zu werden. Und selbst die Betroffenen wollten mich anfangs alle davon überzeugen, dass sie viel zu krank und zu behindert seien, um entlassen zu werden. [Wie in einer Welt von Feinden sei er sich vorgekommen.] (...) Das Projekt stand wirklich auf der Kippe.“
(vgl. Dörner 2006)

Am Ende des 20. Jahrhunderts fühlt man sich hier an die Verhältnisse in den Jahrhunderten davor erinnert. Zwar geht es hier in den von verschiedener Seite geäußerten Bedenken nicht mehr um Gewalt am Patienten, aber dennoch ist auch hier noch eine tief sitzende Angst herauszuhören, die Angst vor der Berührung des in der Klinik ausgegrenzten Anormalen mit dem scheinbar Normalen; und daraus folgend das Bedürfnis, das Anormale hinter Mauern auszugrenzen.

3. Der ganz normale Wahnsinn – ein Fazit mit Fragezeichen

„Es gibt Leiden, von denen man die Menschen nicht heilen sollte, weil sie der einzige Schutz gegen weit ernstere sind.“
(Marcel Proust, *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit*)

Es ist meines Erachtens verwunderlich, dass psychische Erkrankungen und deren Behandlung noch immer den Status des Auszugrenzenden und Anormalen haben. Ist es noch immer die Unsichtbarkeit der Ursachen des Wahnsinns, die uns so verunsichert? Warum sonst überrascht uns der Tod von Robert Enke so? Warum, so sollten wir uns auch heute noch fragen, erzählen Viele gern von ihrem spektakulären Skiunfall, der Bein-OP und dem Klinikaufenthalt danach? Warum aber hört man gar nicht oder nur selten jemanden etwas über einen Aufenthalt in einer Nervenklinik erzählen?

Ist der Wahnsinn, wenn er nicht schon immer dort war, nicht längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen? Schon 1981 schreibt Blasius davon, dass mehr als 0,5% der deutschen Bevölkerung im Laufe eines Jahres mit der Psychiatrie in Kontakt kommen; etwa vier Millionen Menschen leiden heute in Deutschland an einer Form der Depression; hinzu kommt die steigende Zahl an sogenannten Burn-outs. Ca. 25% der arbeitenden Bevölkerung leiden an diesem (Mode?)-Syndrom (vgl. Hirschmann 2006); bei der Berufsunfähigkeit haben die psychischen die Gefäßerkrankungen als häufigste Form der Erkrankung abgelöst; mit der demographischen Entwicklung steigt die Zahl demenzkranker Personen im höheren und hohen Alter stark an, um nur einige Beispiele zu nennen.

Offen ist meines Erachtens, ob es in unserem Umgang mit den Erscheinungsformen des Wahnsinns als Fortschritt oder als Weg in eine zunehmende Beliebigkeit der Behandlung zu werten ist, führt man sich die wachsende Vielfalt an modernen Behandlungsmethoden und –verfahren vor Auge. Wird es immer mehr eine Frage des Zufalls, ob man als Patient eine „gute“ oder „passende“ Behandlung erfährt. Jede Klinik hat ihr, jeder Arzt hat sein eigenes Konzept: von homöopathischen Ansätzen bis zur klassischen Allopathie, von der reinen Psychotherapie oder verhaltenstherapeutische Ansätze, hin zu medikamentös begleiteten oder rein medikamentösen Formen der Behandlung.

Die genetische und neurobiologische Forschung versprechen nicht allein Verbesserung, sondern sie sind auch Quelle einer Angst. Es ist noch nicht lange her und auch heute noch spürbar, dass zum Beispiel die Homosexualität als Krankheit des Geistes angesehen wurde. Was wäre, wenn durch die Forschung die Ursache der Homosexualität entdeckt würde? Wie viele Menschen würden nicht mit dem Gedanken spielen, hier „korrigierend“ einzugreifen? Mit der Lobotomie dachte man schon einmal, man könne mechanisch korrektiv in das Denken und Fühlen des Menschen eingreifen. Folgt dem mechanischen nun eine Zeit des genetischen und/oder neurobiologischen Skalpells?

Unbeantwortet bleibt in der modernen Psychiatrie auch die Frage nach der kulturellen Relativität des Wahnsinns. Inwieweit ist es „normal“, dass wir bewusst Alkohol, Nikotin oder auch härtere Drogen zu uns nehmen. Kommt in diesen Versuchen, der Welt des normalen zumindest zeitweise zu entfliehen nicht auch eine Faszination zum Tragen, die die Welt des Wahns auf uns ausübt?

Letzten Endes müssen wir uns auch fragen, ob eine vollständige Ausheilung des Wahnsinns in der Gesellschaft sinnvoll sein kann. Denn wie nahe liegen Genie und Wahnsinn beieinander? Hätte ein mit Neuroleptika behandelter geheilter van Gogh seine Meisterwerke gemalt? Hätte Franz Kafka seine Werke auch nach Behandlung mit Antidepressiva noch verfasst?

Nach wie vor bleibt die Psychiatrie unauflöslich mit einer schwer oder vielleicht gar nicht zu beantwortenden moralischen Frage verbunden: Wird ein Mensch geheilt, indem man darauf abzielt, seinen geistigen Zustand so zu ändern, dass er von der Gesellschaft „draußen“ als „normal“ angesehen wird? Wo verläuft die Grenze zwischen Heilung und Anpassung? Dabei muss auch stets im Auge behalten werden, wer die Definitionsmacht über diese Grenzziehung hat. Ganz in diesem Sinne schließe ich meine Arbeit mit den Worten Foucaults:

„Dass die Psychologie niemals den Wahnsinn meistern kann, hat seinen Grund: die Psychologie ist in unserer Welt erst möglich geworden, als der Wahnsinn bereits gemeistert, als er vom Drama schon ausgeschlossen war. Und wenn er, ein Blitz, ein Schrei, bei (...) Nietzsche oder Roussel wieder auftaucht, so verstummt die Psychologie ihrerseits und steht wortlos vor dieser Sprache, (...)“

4. Literaturverzeichnis

Adorno, Theodor W (2004): Studien zum autoritären Charakter. 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1182).

Atrium-Haus München: Konzept der Krisenstation. Atrium-Haus München. Online verfügbar unter http://www.atriumhaus-muenchen.de/2_abteilungen/2_2_0_krisenstation.html, zuletzt geprüft am 17.11.2009.

Blasius, Dirk (1980): Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Orig.-Ausg. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verl. (Fischer-Taschenbücher Bücher des Wissens, 6726).

Breggin, Peter Roger; Bronder, Gisela (1980): Elektroschock ist keine Therapie. München: Urban & Schwarzenberg (U-und-S-Psychologie).

Caritas in NRW (Hg.) (2001): Wann ist ein Mensch psychisch krank? Interview mit Klaus Dörner. (5/2001). Online verfügbar unter <http://www.caritas-nrw.de/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=492>, zuletzt geprüft am 19.11.2009.

Cervantes Saavedra, Miguel de; Braunfels, Ludwig (2008): Der sinnreiche Junker Don Quijote von der Mancha. Vollst. Ausg., 18. Aufl. München: Dt. Taschenbuch-Verl. (dtv, 12351).

Dörner, Klaus (1999): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Freie Univ., Diss.--Berlin, 1968. 2. Aufl. Hamburg: Europ. Verl.-Anst (Eva-Taschenbuch, 227).

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. (UTB Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaft). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783825226961/1/0>.

Foucault, Michel (2007): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 39).

Foucault, Michel; Botond, Anneliese (2002): Psychologie und Geisteskrankheit. Dt. Erstausg., 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 272).

Foucault, Michel; Seitter, Walter (2008): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 8. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl. (Fischer /Taschenbücher] Wissenschaft, 7400).

Glatzel, Johann (1975): Die Antipsychiatrie. Psychiatrie in der Kritik. Stuttgart: Fischer (Uni-Taschenbücher Medizin, Psychologie, 474).

Goethe, Johann Wolfgang von (1999): Der Tragödie erster Teil. [Nachdr.]. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek, Nr. 1).

Goffman, Erving (2008): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 678).

Goffman, Erving (2008): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 140).

- Habermas, Jürgen (1999): Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. 3. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp (Theorie des kommunikativen Handelns, / Jürgen Habermas ; Bd. 1).
- Hirschmann, Norbert (2006): Burnout und Folgeerkrankungen. Lehrergesundheit Bayern - Eine Initiative des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus. Online verfügbar unter <http://www.lehrergesundheit-bayern.de/doc/burnout.htm>, zuletzt geprüft am 10.11.2009.
- Horkheimer, Max; Adorno, Theodor W (2006): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. 16. Aufl., ungekürzte Ausg. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verl. (Fischer-Taschenbücher Fischer Wissenschaft, 7404).
- Hoyer, Timo (2008): Im Getümmel der Welt. Alexander Mitscherlich - ein Porträt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jetter, Dieter (1981): Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt: Wiss.-Buchges. (Grundzüge, 43).
- Kant, Immanuel; Kopper, Joachim; Martin, Gottfried (1998): Kritik der praktischen Vernunft. [Nachdr.]. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek, 1111).
- Lohmann, Hans-Martin (2002): Sigmund Freud zur Einführung. 5. Aufl. Hamburg: Junius (Zur Einführung, 262).
- Luhmann, Niklas (1999): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. 7. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 666).
- Mecklenburg, Hermann (2008): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Fachbuch).
- Schäfer, Annette (2006): Reformen und provokanter Geist. Klaus Dörner im Porträt. Herausgegeben von Psychologie Heute. (10/2006). Online verfügbar unter http://psychologie-heute.de/portraits/klaus_doerner.html, zuletzt aktualisiert am 12.11.2009, zuletzt geprüft am 12.11.2009.
- Schneider, Frank (2008): Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. (Springer-11773 /Dig. Serial]). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-78467-8>.
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: Beck.