

Antipsychiatrie und Psychiatriereform

Autor(en): **Ernst, Cécile**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur**

Band (Jahr): **63 (1983)**

Heft 4

PDF erstellt am: **07.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-164020>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Antipsychiatrie und Psychiatriereform

Andere Theorie – andere Praxis

Die Antipsychiatrie hat ihren Namen erhalten, weil sie sich gegen die traditionelle oder Schulpsychiatrie richtet. Sie unterscheidet sich von dieser in der *Theorie*: die Antipsychiatrie nimmt andere Ursachen von Geisteskrankheiten an als die klassische Psychiatrie. Daraus muss ein zweiter Gegensatz entspringen: der Gegensatz in der *Praxis*. Die Antipsychiatrie wendet sich manchmal gegen jede Art der Behandlung, in jedem Fall aber gegen Behandlungen im psychiatrischen Spital und mit Medikamenten. Zuerst werden deshalb hier die antipsychiatrischen Theorien diskutiert und nachher der Einfluss der Antipsychiatrie auf die neueren Bestrebungen, die psychiatrische Praxis zu reformieren.

Man kann an der Berechtigung zweifeln, von «der» Antipsychiatrie zu sprechen. Die Darstellung ihrer wichtigsten Theorien, wie sie von Sedgwick¹ und von Wing² gegeben wird, zeigt aber, dass die Theorien der einzelnen Autoren im Kern verwandt sind. Sie beziehen sich in der Regel auf die *Schizophrenie*. Das hat drei Gründe: erstens bilden an Schizophrenie Erkrankte die grösste Gruppe psychiatrischer Klinik-Aufnahmen (in der Zürcher Psychiatrischen Universitätsklinik 1982 ein Drittel), und sie bilden die grösste Gruppe unter den hospitalisierten Langzeitpatienten – allerdings mit einem nur geringen Vorsprung vor den Patienten mit Gehirnerkrankungen des Alters. Zweitens entsprechen akut schizophrene Erkrankte in ihrem Erscheinungsbild am ehesten den populären Vorstellungen von «Wahnsinn». Dazu kommt drittens, dass die Erforschung der Ursachen der Schizophrenie bisher kein eindeutiges Bild zu geben vermochte. Es handelt sich mit Sicherheit um eine ganze Reihe von Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Schizophrenie ausbricht. Von diesen Bedingungen sind aber bisher nur wenige bekannt.

In der Vielfalt ihrer Entstehungsbedingungen gleichen die Schizophrenen übrigens den Neurosen und den Persönlichkeitsstörungen. Diese werden aber nur selten hospitalisiert und sind im Erscheinungsbild in der Regel unauffälliger als Schizophrenen. Bei Hirnerkrankungen wie der senilen Demenz bleibt viel weniger Raum für Vermutungen über eine soziale oder psychologische Ursache.

Die Theorien der Antipsychiatrie

Die Antipsychiatrie hat sich im wesentlichen auf drei Theorien gestützt. Die erste lautet, dass Geisteskrankheiten durch das sogenannte «*Labelling*», die Etikettierung, entstehen. Die zweite ist eine *Erweiterung* dieser Theorie und besagt, dass das Labelling sich im Dienste eines politischen oder wirtschaftlichen Systems ereigne. Die *dritte* Theorie, welche sich vor allem auf die Schizophrenie bezieht, leitet diese Erkrankung von einer bestimmten Art der familiären Interaktionen und Beziehungen her.

Die Labelling-Theorie

Sie entstammt der Soziologenschule von Chicago und wurde zuerst von Lemert³ formuliert. Dieser Autor unterscheidet eine *primäre Deviation*, eine Abweichung von der Norm, welche biologischer Natur sein kann (z. B. Blindheit), aber auch in einer ungewöhnlichen religiösen oder politischen Anschauung – also in einer rein sozialen «*Deviation*» – bestehen kann. Die Gesellschaft reagiert auf diese primäre Deviation. Sie erwartet vom Blinden ein bestimmtes Verhalten; sie stellt ihm Institutionen zur Verfügung, welche gewisse Verhaltensweisen verstärken und andere zurückdrängen. Aus der Etikettierung durch die Gesellschaft, aus der Übernahme der von ihr bereitgestellten Rollen kann die *sekundäre Deviation* entstehen, zum Beispiel eine extreme Abhängigkeit des Blinden. Hier legt sich die sekundäre Deviation also um einen primären *biologischen* Kern. Anders im Fall des politischen oder religiösen Extremisten: dieser wird etikettiert, abgedrängt, ausgestossen. Die Folge ist eine gewisse Erstarrung des Auffälligen, eine fast zwanghafte Tendenz, seine anstössigen Ideen immer wieder vorzubringen, das Selbstverständnis eines Märtyrers, vielleicht sogar eine Neigung zu Verfolgungsideen. In diesem Fall sind primäre und sekundäre Deviationen *sozialer* Art.

Die *gemässigte Form* der Labelling-Theorie geht davon aus, dass eine fassbare primäre Abweichung den Kern für die sekundäre Deviation bildet. Die *radikale Form* der Theorie nimmt eine primäre Deviation an, die so gering ist, dass sie ignoriert werden könnte und sollte. *Das Label, die Etikette ist die Deviation.*

Der Soziologe Scheff⁴ hat die radikale Labelling-Theorie am klarsten und konsequentesten auf die *Geisteskrankheiten* angewendet. Verhaltensabweichungen werden nach ihm von der Gesellschaft als Ungezogenheit, Ignoranz, Sünde oder Verbrechen etikettiert. Daneben bleibt eine «*Restdevianz*», welche sich aufgrund der gesellschaftlichen Reaktion als Geisteskrankheit stabilisieren kann. Diese Etikette, samt der damit verbundenen

Rollenerwartung, bewirkt *eine sekundäre Devianz, deren Kern geringfügiges abweichendes Verhalten ist*. Dieser hätte ebensogut eine andere Entwicklung nehmen können. Indessen prägen die Psychiater und die psychiatrischen Institutionen nach Scheff die Laufbahn des Geisteskranken: der Psychiater bestätigt den «Verrückten» in seiner Rolle, die Institution unterstellt ihn einem System von Belohnungen und Bestrafungen, welche seine Abweichung von der einmal übernommenen Rolle des Wahnsinnigen verhindern. Die Entpersönlichung der in ein riesiges, schlecht geführtes amerikanisches State Hospital eintretenden Patienten hat Goffman⁵ in seinem berühmten Buch über die «Asyle» geschildert.

Bestätigungen der Labelling-Theorie

«*Labelling*» kommt in der Psychiatrie vor. Der führende englische Psychiater Wing² (S. 150) untersuchte am gleichen State Hospital, in dem Scheff die Laufbahn der Patienten studiert hatte, einige Jahre später alle Patienten, welche mit der Diagnose Schizophrenie seit mehr als zwei Jahren hospitalisiert waren. Alle waren unfreiwillig eingetreten, und alle waren in ihrer Bewegungsfreiheit extrem eingeschränkt. Bei einem Drittel der Patienten war die Diagnose Schizophrenie falsch oder mindestens zweifelhaft. Wing zitiert Arbeiten² (S. 152 f.), welche schlüssig beweisen, dass der *Hospitalismus*, d. h. Passivität, Gleichgültigkeit, Resignation und Verarmung der Sprache mit der Vernachlässigung durch die Umgebung, d. h. durch das Spitalmilieu, zusammenhängt. In einem verarmten Milieu ohne Arbeit und ohne Anregung verschwindet schliesslich jede Initiative und auch der Wunsch nach Entlassung. Wing schreibt:

«So ist es wahrscheinlich früher vorgekommen und ist es auch heute noch möglich, dass jemand, der in seinem Verhalten vielleicht nur vorübergehend und nicht schwer gestört ist, in eine psychiatrische Klinik aufgenommen, seine Krankheit als schizophren diagnostiziert und er dann für Jahre dort behalten wird. In dieser Zeit können sekundäre Beeinträchtigungen (die «sekundäre Deviation», d. Verf.) hinzukommen, so dass er nicht mehr entlassen werden möchte.»² (S. 168)

Der Vergleich alter und neuer Psychiatrielehrbücher und die Erfahrungen älterer Psychiater macht deutlich, dass das Bild der Schizophrenie sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat. Viele bizarre Stereotypen und seltsame Manieren, in welchen man früher Symptome der Schizophrenie sah, treten in gut geführten Kliniken fast nicht mehr auf. Sie waren ebenfalls sekundäre Deviationen, Hospitalismusfolgen.

Wing² (S. 195 ff.) stellt ferner dar, wie die russische Psychiatrie die *Dissidenten* im Dienst der Staatssicherheit etikettiert. An einigen Beispielen zeigt er, wie die Diagnose Schizophrenie gestellt wird: etwa im Fall des

Dissidenten Pljuschtsch aufgrund einer früheren Beschäftigung mit Hypnose und Telepathie und wegen seiner Behauptung, dass die sowjetische Regierung Menschen töte. Diese «Diagnose» war der Anlass für eine dreijährige Hospitalisierung und Behandlung mit Psychopharmaka.

«Labelling» kann also dann vorkommen, wenn schlecht diagnostiziert und ohne zwingenden Grund hospitalisiert wird und vor allem, wenn die Behandlung der Schizophrenie nicht sachgerecht erfolgt. Die Antipsychiatrie gewinnt ihre Berechtigung aus den Fehlern der Psychiatrie. Trotzdem geht sie an der Wirklichkeit vorbei, wenn sie die Schizophrenie als bloße Etikette versteht.

Widerlegungen der Labelling-Theorie

1. Sie fasst Schizophrenie im wesentlichen als eine Reaktion auf das Verhalten der Gesellschaft auf. Jene legt sich sozusagen um einen geringfügigen Kern von abweichendem Verhalten. Wäre dies der Fall, so müssten in unterschiedlichen Kulturen ganz verschiedene Formen von Geisteskrankheit auftreten, denn es ist ja nicht anzunehmen, dass unterschiedliche Gesellschaften und Kulturen auf Abwegigkeiten in gleicher Art reagieren. Wenn also mit zuverlässigen diagnostischen Methoden in verschiedenen Kulturen die selben Erscheinungen gefunden werden, die wir als Schizophrenie bezeichnen, so spricht das dagegen, dass es sich bloss um eine Art von aufgeblähter sozialer Devianz handelt.

2. Die Labelling-Theorie nimmt an, dass es gewissermassen zufällig sei, ob Devianz als Dummheit, Kriminalität oder als Geisteskrankheit etikettiert werde. Entscheidend für die Ausformung ist die Reaktion der Gesellschaft. Wenn aber innerhalb der gleichen Familien, und zwar *auch ohne Kontakt der Familienmitglieder untereinander* – also ohne psychische Beeinflussung – ähnliche Symptome gefunden werden, so widerlegt das die Labelling-Theorie.

Schizophrenie lässt sich zuverlässig diagnostizieren

Die wichtigsten Symptome der Schizophrenie zerfallen in drei Gruppen:

I. Die eigenen Gedanken, Gefühle und Impulse werden als «*ingegeben*» oder «*gemacht*» empfunden; sie werden dem Kranken durch unbekannte Mächte «entzogen» oder sie werden anderen Personen ohne seinen Willen kundgetan («Gedankenlautwerden»).

II. Der Kranke hört *Stimmen*, die sein Denken, Fühlen und Handeln fortwährend kommentieren und ihm Befehle erteilen.

III. Es treten *Wahnideen* auf, weil gewöhnliche Wahrnehmungen umgedeutet werden: z. B. erhält ein vorbeifahrendes rotes Auto die Bedeutung, dass Verfolger unterwegs sind.

Diese Symptomgruppen erlauben die Diagnose Schizophrenie aber nur, wenn sie länger als einige Tage anhalten und vor allem, wenn *keine bekannte andere Krankheit* (z. B. ein Fieberdelir), keine Hirnkrankheit und keine Vergiftung (z. B. Amphetaminrausch) vorliegen. Mit diesen diagnostischen Kriterien kann, wie die International Pilot Study of Schizophrenia⁶ gezeigt hat, *überall auf der Welt und in den verschiedensten Kulturkreisen* Schizophrenie mit grosser Zuverlässigkeit und in der selben Häufigkeit wie bei uns diagnostiziert werden. Von 100 Personen erkrankt eine im Lauf des Lebens an Schizophrenie.

Ein erbliche Prädisposition ist nachweisbar

Vererbung der Schizophrenie

Dass Schizophrenie familiär gehäuft auftreten kann, und zwar auch ohne dass ein Kontakt zwischen Familienmitgliedern stattgefunden hat, beweisen am schlagendsten Untersuchungen an Adoptivkindern, die von Geburt an von ihren leiblichen Eltern getrennt aufgewachsen sind.

Eine *erste Gruppe* solcher Untersuchungen geht von ehemaligen Adoptivkindern aus, die ihre leiblichen Eltern nie gekannt haben, und die später an Schizophrenie erkrankt sind. Diese Erkrankten werden mit gesundgebliebenen ehemaligen Adoptivkindern verglichen, und zwar in bezug auf schizophrene Erkrankungen der leiblichen Eltern und der Adoptiveltern. Das Resultat ist, dass bei der erkrankten Gruppe Schizophrenie bei den *leiblichen Eltern* häufiger vorkommt als bei der gesundgebliebenen Gruppe. Dagegen fehlt dieser Unterschied in der Schizophreniehäufigkeit bei den *Adoptiveltern*, mit denen die Adoptierten doch während ihrer ganzen Kindheit in Kontakt waren.

Der *umgekehrte Versuch* geht von wegadoptierten Kindern schizophrener Eltern aus und vergleicht diese mit den wegadoptierten Kindern gesunder Eltern. Beide Gruppen wurden von nicht-psychischkranken Adoptiveltern aufgenommen. Im Erwachsenenalter war Schizophrenie bei der ersten Gruppe häufiger, und zwar auch dann, wenn die Eltern erst nach der Adoption erkrankten, so dass die Adoptiveltern nicht von der Erkrankung der leiblichen Eltern wissen konnten und eine Beeinflussung auf psychischem Weg unmöglich war.

Die *dritte Gruppe* von Untersuchungen geht von den sehr seltenen Adoptivkindern aus, deren Adoptiveltern an Schizophrenie erkrankten. Im Erwachsenenalter war Schizophrenie bei solchen Adoptierten, die im ständigen Kontakt mit einem schizophrenen Patienten gelebt hatten, nicht häufiger als bei einer Kontrollgruppe, die bei gesundgebliebenen Adoptiveltern aufgewachsen war⁷.

Schizophrenie kann sich also bei Eltern und Kindern häufen, welche zeit- lebens keinen Kontakt miteinander gehabt haben, so dass eine psychosoziale Übertragung ausgeschlossen ist. Das beweist eine genetische Übertragung und beweist, dass nicht irgendeine Form sozialer Abweichung ein Risiko für den Ausbruch einer Schizophrenie in sich trägt, sondern dass ein ganz spezifisches Risiko genetisch übertragen wird. Eine vererbte Disposition ist sicher eine der Bedingungen für den Ausbruch einer Schizophrenie; ebenso sicher ist aber, dass die Disposition allein nicht genügt, damit die Krankheit ausbricht. Sie ist hierfür notwendig, aber nicht ausreichend, sie ist ein Risikofaktor.

Die Labelling-Theorie hat also auf vielen Gebieten der Psychiatrie ihre Berechtigung: vor allem im Rahmen einer Psychiatrie mit inexakter Diagnostik und ungenügender Therapie. Sicher ist aber auch, dass der Kern der Schizophrenie nicht in irgendwelchem, gewissermassen zufällig etikettierten abweichenden Verhalten besteht, sondern *dass die Schizophrenie eine gut definierte und zuverlässig diagnostizierbare Krankheit ist. Sie ist mehr als eine blosse, je nach den gesellschaftlichen Umständen variierende Etikette.*

Erweiterung der Labelling-Theorie auf politische und wirtschaftliche Zusammenhänge

Hier stehen drei antipsychiatrische Schriftsteller im Vordergrund: Thomas Szasz, Franco Basaglia und, wenigstens in einer bestimmten Epoche seines Schaffens, Ronald Laing.

Basaglia (1924–1980), auf dessen Reform der psychiatrischen Kliniken von Gorizia und Triest wir noch zurückkommen werden, hat psychische Störungen weitgehend als Folge des kapitalistischen Systems verstanden. Dieses tendiere dazu, Menschen, die wegen bestimmten Auffälligkeiten produktionsunfähig sind, auszustossen und auszuschliessen. Die Psychiater übernehmen nach Basaglia diese Menschen, stempeln sie mit der Etikette «Geisteskrankheit» ab und isolieren sie in ihren Institutionen von der Gesellschaft. Die Psychiatriereform, welche Basaglia anstrebte, sollte die Gesellschaft mit den Kranken konfrontieren und jene dadurch zur Auseinandersetzung mit ihrem eigenen ausschliessenden und krankheitserzeugenden System zwingen⁸ (S. 114 ff.),⁹ (S. 49 ff.).

Der amerikanische Psychoanalytiker *Thomas Szasz* ist als Verfasser zahlreicher antipsychiatrischer Schriften bekannt geworden. Er zieht eine scharfe Trennungslinie zwischen Körperkrankheiten und psychischen Krankheiten. Letztere sind nach Szasz nicht Krankheiten, sondern Adaptationsstörungen. Die Einweisung Geisteskranker in Anstalten dient der Aus-

dehnung eines *totalitären kontrollierenden Staates*, welcher unter dem Mantel der Therapie mit Zwang und Willkür immer stärker in das Leben des einzelnen eingreift. Szasz sieht vor allem in der gerichtlichen Psychiatrie einen Sündenfall, weil dort anstelle des öffentlichen Gesetzes private Willkür über das Schicksal des Straffälligen entscheide. Die einzige nach Szasz angemessene Behandlung psychischer Störungen ist die Psychotherapie aufgrund eines beidseits freiwilligen Vertrages im Rahmen der Marktwirtschaft¹ (S. 149 ff.). Während Basaglia also die Ursache des Labelling im Leistungszwang des kapitalistischen Systems sieht, meint Szasz darin die Hand des übermächtigen, individuelle Freiheit und Verantwortung unterdrückenden Staates zu erkennen.

Der englische Psychiater und Analytiker *Ronald Laing* (geb. 1927) hat in den sechziger Jahren im Einklang mit radikalen Kreisen ebenfalls in der repressiven Psychiatrie den Spiegel einer repressiven Gesellschaft gesehen, sich dann aber später von dieser Auffassung distanziert und in seinen letzten Schriften psychische Störungen auf ein unüberwundenes Geburtstrauma zurückgeführt.

Es ist ein grosses Verdienst des englischen Sozialpsychologen Sedgwick¹, dass er die Mühe einer exakten Analyse antipsychiatrischen Schrifttums auf sich genommen hat. Die Einfachheit der antipsychiatrischen Theorien dieser Schriftsteller wird dabei sehr deutlich. Im Fall von Szasz füllt im wesentlichen der oben dargestellte Grundgedanke unzählige Bücher.

Falsifizierung der erweiterten Labelling-Theorie

Schwere Geisteskrankheiten können auch in nichtkapitalistischen, nicht in unserem Sinn leistungsorientierten, staats- und bürokratiefreien Kulturen nachgewiesen werden.

Die Untersuchung eines Eskimovolkes auf einer Insel in der Beringsee fand ein Wort der Eskimosprache, welches folgendes Syndrom bezeichnete: Selbstgespräche führen – jemanden anschreien, der nicht existiert – glauben, dass ein Angehöriger von einer Hexe getötet wurde, obschon niemand sonst das glaubt – sich für ein Tier halten – die Nahrung verweigern, weil jemand sterbe, wenn man isst – nicht mehr sprechen – grimassieren – Urin trinken – gewalttätig werden¹⁰.

In der Sprache der Yoruba (Nigeria) wurde ein Wort für ein ganz ähnliches Syndrom gefunden. Es bezeichnet: Stimmen hören von unsichtbaren Personen – vor sich hinlachen – dauernd sprechen – nie sprechen – Selbstgespräche führen – sinnloses Anhäufen von Zweigen und Laub – die Nahrung verweigern, weil sie vergiftet sei – die Kleider abreißen – Feuer legen – mit Kot schmieren – glauben, dass der eigene Körper schlecht rieche – Gewalttätigkeit¹⁰.

Wahn und Stimmenhören sind in beiden Schilderungen erkennbar. Die Eskimos unterscheiden das oben geschilderte Syndrom sehr genau von den

Ausnahmezuständen ihrer Schamanen, so dass ein von der Antipsychiatrie oft gebrachtes Argument wegfällt: was bei uns als Krankheit Schizophrenie bezeichnet werde, entspreche dem Priestertum anderer Kulturen. Auch die *Behandlung* Geisteskranker ist im hohen Norden und in Afrika ganz ähnlich: gewalttätige und störende Kranke werden angebunden oder eingeschlossen, harmlose als Narren toleriert. Das Volk amüsiert sich über sie und ernährt sie. Der *Ausschluss* Geisteskranker aus einer Agrarkultur vor jeder Psychiatrie wird an folgendem Beispiel sichtbar:

In der Agrargesellschaft der Provinz Vientiane in Laos hat ein amerikanischer Psychiater, der die Sprache beherrscht, eine epidemiologische Untersuchung über das Vorkommen von Geisteskrankheiten unternommen: Dies in einer Agrargesellschaft, die vom Reisbau lebt, ohne Psychiatrie, ohne Kliniken und ohne jede westliche Medizin. Der Verfasser trat in Kontakt mit Schlüsselpersonen, mit Priestern, Kaufleuten und Dorfältesten, die ihm angeben konnten, wer in ihrem Dorf «verrückt» sei. Er fand in 27 Dörfern 35 «Verrückte», in der Mehrzahl – nach westlichen Kriterien – Schizophrene oder schwerst Depressive. Vor der Erkrankung hatten alle Betroffenen in der Grossfamilie gelebt. Nun wanderten viele von ihnen tage- und wochenlang im Land herum; andere hatten sich völlig von der Familie gelöst, lebten obdachlos ausserhalb des Dorfes und bettelten. Bei der Mehrzahl wussten die Auskunftsgeber weder einen Freund noch einen Geschlechtspartner zu nennen. Nur wenige «Verrückte» nahmen an den das ganze Dorf vereinigenden religiösen Festen teil. Der Untersucher sammelte Berichte über unlängst verstorbene Kranke. Aus ihnen ergab sich, dass die meisten im Alter von 20 bis 30 Jahren obdachlos an Malaria und Unterernährung gestorben waren; einige hatten sich suizidiert. In einem Fall war ein junger Mann, welcher in den Reisfeldern Schäden anrichtete, im stillschweigenden Einverständnis mit der Dorfgemeinschaft getötet worden ¹¹.

Das vierte Beispiel für die Unabhängigkeit gewisser Geisteskrankheiten vom kulturellen und politischen Umfeld stammt aus dem Kanton Freiburg und aus dem Jahr 1875 ¹². Der Kanton hatte damals 111 000 Einwohner und eine Kleinstadt als Hauptort. Die überwiegende Mehrzahl der Bewohner lebte von Landwirtschaft und Kleingewerbe. 1871 beschloss das kantonale Parlament, in Marsens bei Bulle eine psychiatrische Klinik zu eröffnen. Der designierte ärztliche Direktor, Dr. Girard de Cailleux, ein erfahrener französischer Anstaltspsychiater, wurde mit der Zählung aller im Kanton Freiburg wohnhaften Geisteskranken beauftragt und legte seine Resultate in einem Buch nieder ¹³. Daraus gewinnen wir ein Bild von den Geisteskrankheiten in einem Agrarkanton ohne Psychiatrie und insbesondere auch ohne psychiatrische Institutionen. Über Schlüsselpersonen wie Pfarrer und Gemeindepräsidenten erhielt der Untersucher Angaben über alle ihnen bekannten Kranken. Girard untersuchte weitaus die meisten selber, und zwar gründlich und nach damaligen Begriffen systematisch. Die Bezeichnung «Schizophrenie» gab es damals noch nicht, aber aus der Beschreibung lässt sich die Diagnose nach heutigen Kriterien ohne weiteres stellen.

Girard fand zahlreiche Geistesranke. Fast ein Drittel davon war nach heutigen Kriterien schizophran. Insbesondere erregte Schizophrene und Schwachsinnige fand der Untersucher zum Teil in schrecklichen Verhältnissen: angekettet in unheizbaren Verschlagen, oder im Stall im eigenen Kote liegend ¹³.

Das ist der Hintergrund der Absonderung und Ausschliessung, vor dem damals die Aufnahme in einer Irrenanstalt human erschien. *Die hier an-*

geführten Beispiele aus anderen Zeiten und anderen Kulturen widerlegen die erweiterte Labelling-Theorie. Die Schizophrenie nimmt ihren Ausgang nicht in einer blossen Verletzung der sozialen Norm. *Sie ist eine Krankheit, die in allen Kulturen vorkommt und in allen Kulturen zur Ausschliessung führt, wenn störendes Verhalten eine Grenze überschreitet.*

Die Theorie der pathogenen familiären Beziehungen

Diese Theorie ist im Rahmen der Antipsychiatrie vor allem von *Ronald Laing* formuliert worden, und zwar unter dem Einfluss von Sartre und der Psychoanalytiker Lidz und Bateson. (Deren Theorien werden weiter unten dargestellt.) Die Auffassungen Laings, welche das Publikum stark beeinflusst haben, gehen im wesentlichen auf die ausführliche Untersuchung von elf schizophrenen Frauen zurück. Eine Untersuchung mit der gleichen Methode an gesunden Kontrollpersonen hat nicht stattgefunden. Im grossen Interviewmaterial erscheinen die Eltern dieser Patientinnen als rigide, einschränkend und oft in ihren Forderungen widersprüchlich und inkohärent. Sedgwick¹ (S. 89) schreibt in seiner sorgfältigen Darstellung von Laings Theorien: «Der Bericht ist verblüffend, aber nicht weil er ungewohntes Material enthält, sondern weil wir das alles schon kennen.» Dass derartige fast ubiquitär vorkommende familiäre Beziehungen mit der Entstehung von Schizophrenie verbunden sein sollen, ist an sich schon unwahrscheinlich. Im Grund erscheint auch hier die Labelling-Theorie in etwas anderer Fassung: das schwächste Familienmitglied wird zum Schizophrenen gestempelt und ausgestossen, damit das familiäre Gleichgewicht erhalten bleibt. Schizophrenie ist nach Laing eine infolge familiärer Kommunikationsstörung entstandene sekundäre Devianz¹ (S. 82 ff.).

Der Regisseur David Mercer hat durch seinen Film «Family life» Laings Ideen weit verbreitet. Durch die Medien ist die Auffassung, die Schizophrenie sei ein Ausdruck familiärer Pathologie, für den gebildeten Laien eine Selbstverständlichkeit geworden.

Die Theorien von Bateson und Lidz, welche Laing beeinflusst haben, hat man verschiedentlich *experimentell überprüft*. Am bekanntesten ist die «Double-bind»-Hypothese von Bateson. Nach ihr entsteht Schizophrenie durch einen uneindeutigen Kommunikationsstil der Eltern. Insbesondere die Mutter vermittelt dem Kind gleichzeitig widersprechende Botschaften, z. B. durch eine in freundliche Worte gekleidete Ablehnung oder durch ein zugleich Liebe und Hass ausdrückendes Verhalten. Das Kind kann in einer solchen Situation nicht richtig reagieren, es ist «nach beiden Seiten gebunden». Bateson nahm an, dass dann dem Kind schliesslich nur noch der Weg in die Symptome der Schizophrenie übrigbleibe.

Wie kann eine solche Theorie überprüft werden? Ein Beispiel soll für viele stehen: Gespräche von Eltern mit ihren schizophrenen Kindern und Gespräche von Eltern mit ihren gesunden Kindern wurden auf Tonband aufgenommen. Dann beurteilten «blinde», d. h. weder mit den Versuchspersonen noch mit dem Zweck der Untersuchung vertraute Mitarbeiter den gefühlsmässigen Gehalt der Worte auf einem Transkript und den gefühlsmässigen Gehalt des Tonfalls auf einem Band, auf welchem die Worte gelöscht waren. Das Ausmass der Übereinstimmung zwischen Tonfall und Worten konnte dann berechnet werden. Zwischen den Eltern Schizophrener und den Eltern Gesunder war kein Unterschied in der Übereinstimmung festzustellen¹⁴.

Bisher ist die Double-bind-Hypothese also nicht bestätigt worden. Das gilt ebenso für die Theorie von Lidz, nach welcher ganz bestimmte familiäre Konflikte die Schizophrenie der Kinder verursachen. Auch die Theorie einer anderen Forschergruppe, die besagt, dass die Eltern späterer Schizophrener diesen in der Kindheit ein eigentümliches, sprunghaftes, unklares und widersprüchliches Denken beibringen, liess sich bei Wiederholung der Untersuchungen nicht bestätigen¹⁵.

Keine der Theorien von der Ursächlichkeit eines in spezifischer Weise pathogenen Familienmilieus für die Schizophrenie ist nach unserem heutigen Wissen gültig. Sicher ist, dass die Herkunftsfamilien Schizophrener konfliktreicher sind als diejenigen Gesunder – aber das trifft auf viele Arten von psychischen Störungen zu und z. B. noch viel stärker auf die Familien von Alkoholikern und Kriminellen. Vielleicht sind allgemein gestörte familiäre Beziehungen neben der genetischen Disposition eine weitere Bedingung der Entstehung von Schizophrenie – aber nicht einmal das steht sicher fest.

Die Praxis: Antipsychiatrie und Psychiatriereform – neue Misstände

Berichte von Augenzeugen aus riesigen, schlecht geführten psychiatrischen Kliniken sind zahlreich^{5, 9, 16}. Am objektivsten ist wohl eine Studie, welche drei englische Spitäler verglich und die Umgebung, die sie ihren Patienten boten, zu quantifizieren suchte¹⁷. 1960 wurde in einem englischen Spital mit 1600 Betten eine extreme räumliche Einengung gefunden; die Patienten waren während fast 6 Stunden im Tag völlig untätig (weder TV noch Gespräche); sie hatten keine eigenen Kleider, und die Mehrzahl besass nicht einmal die einfachsten Toilettengegenstände.

«Desinstitutionalisierung»

Eine Gegenbewegung gegen die riesigen, armseligen Kliniken mit ihren Langzeitpatienten hat in den fünfziger Jahren eingesetzt, das heisst vor dem

Erscheinen der wichtigsten antipsychiatrischen Literatur von Laing, Goffman, Foucault und Szasz. Sedgwick¹ (S. 197 ff.) diskutiert die Gründe, warum in den USA und in England eine Verkleinerung der Kliniken angestrebt wurde und die Zahl der psychiatrischen Betten zu diesem Zeitpunkt rapid zu sinken begann, ausführlich. Dass das Aufkommen der Psychopharmaka die *einzig*e Ursache für eine aktivere und effizientere Behandlung und einen Rückgang der Langzeithospitalisierten gewesen sei, wird von ihm angezweifelt. Largactil existiert seit 1950, in Italien und Frankreich sank aber die Zahl der psychiatrischen Betten erst in den sechziger bzw. siebziger Jahren, und in Spanien hat trotz verbreitetem Gebrauch von Psychopharmaka bisher keine Reform der psychiatrischen Kliniken stattgefunden. Die Neuroleptika waren somit wohl nur eine Teilursache.

Welche Rolle spielten die Theorien der Antipsychiatrie? Am stärksten war die *italienische Psychiatriereform* durch die antipsychiatrische Ideologie beeinflusst. Der bereits erwähnte antipsychiatrische Schriftsteller Franco Basaglia übernahm 1961 die Leitung der psychiatrischen Klinik Gorizia und 1971 die der Klinik von San Giovanni in Triest. Beides waren riesige, schwerst vernachlässigte und verarmte Anstalten, in welche die Patienten richterlich eingewiesen wurden. Ganz im Sinn der Labelling-Theorie war die Aufnahme mit Entmündigung verbunden, wurde im Strafregister vermerkt und hatte z. B. zur Folge, dass eine Anstellung beim Staat nach einer Hospitalisierung nicht mehr möglich war. Unter dem Einfluss der Aktivität von Basaglia und der politischen Unruhen von 1967 wurde 1968 nach dem Vorbild von Frankreich die *Sektorisierung* gesetzlich eingeführt, d. h. der Grundsatz, dass pro Region von 60 000 bis 100 000 Einwohnern alle notwendigen Arten von psychiatrischen Einrichtungen zu schaffen seien. (Sektorisierung erlaubt, die Institutionen klein zu halten und ermöglicht den Patienten Behandlung, Rehabilitation und Pflege in der Nähe ihres Wohnortes.) Die Sektorisierung ist also keine Eigenheit Italiens. Sie wurde in Deutschland, in den USA und – besonders erfolgreich – im Kanton Waadt zum Prinzip der psychiatrischen Versorgung gemacht. Was die italienische Reform von den erstrebten oder erzielten Reformen in anderen Ländern unterscheidet, ist *die Aufhebung der psychiatrischen Kliniken*, wie sie im sogenannten Triestiner Gesetz Nr. 180 von 1978 verordnet wurde. Dieses Gesetz verbot den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern, neue Patienten aufzunehmen, setzte sie also auf den Aussterbeetat.

Die Radikalität dieser Reform ist mit der Person und der schriftstellerischen Aktivität Basaglias verbunden⁸. Dieser war offenbar eine charismatische Persönlichkeit. Viele junge Freiwillige zogen zur Mitarbeit nach Gorizia und Triest, und einige von ihnen haben ihre Erlebnisse schriftlich niedergelegt⁹. Unseres Wissens ist in keinem anderen Land die Forderung,

die psychiatrischen Kliniken überhaupt aufzuheben, zum Gesetz geworden wie in Italien. Entsprechende Vorschläge hat es aber auch in anderen Ländern gegeben, und zwar aus einer den politischen Tendenzen Basaglias durchaus entgegengesetzten Richtung. 1973 verkündete der jetzige amerikanische Präsident, *Ronald Reagan*, als Gouverneur von Kalifornien, die Absicht, alle State Mental Hospitals bis 1977 und alle Anstalten für geistig Behinderte bis 1981 zu schliessen. Auf Druck der Gewerkschaften der öffentlichen Dienste hat dann das kalifornische Parlament die Schliessungen verhindert. In einem Memorandum von *Sir Keith Joseph* stellte die britische konservative Regierung 1971 in Aussicht, dass innerhalb von 15 Jahren alle psychiatrischen Kliniken ohne Ausnahme aufgehoben sein würden¹ (S. 193).

Wenn Reagan und die Tories mit Basaglia im gleichen Boot sitzen, so müssen hinter den ideologischen Motiven zur Aufhebung der Kliniken noch andere vorhanden sein. Der Soziologe Scull¹⁸ hat die *Verteuerung* der Kliniken durch Lohnforderungen und Arbeitszeitverkürzungen des Personals und zeitgemässe Anpassungen von Komfort und Therapie als fundamentales Motiv für ihre postulierte Aufhebung angeführt. Dem widerspricht aber, wie Sedgwick zeigt¹ (S. 197 ff.), dass der italienische Feldzug gegen die Kliniken in eine Zeit wirtschaftlichen Aufschwungs gefallen ist. Wahrscheinlich trifft Sedgwicks Argumentation besser zu, welche meint, dass die Kliniken von dem Zeitpunkt an verkleinert oder geschlossen werden konnten, als es eine effiziente *staatliche extramurale Sozialhilfe* gab und dass weiter das Prinzip der «therapeutischen Gemeinschaft» (d. h. einer demokratischeren, menschlicheren und offeneren Behandlung psychiatrischer Patienten, welche nach dem Krieg in den englischen und amerikanischen Militärspitälern eingeführt worden ist) zur Klinikkritik und -reform beigetragen hat.

Die Zweiklassenpsychiatrie

So richtig das Prinzip erscheint, anstelle von riesigen Kliniken kleine gemeindenahe stationäre, halbstationäre und ambulante Einrichtungen zu setzen, so wenig entspricht die Wirklichkeit heute den Vorstellungen der Reformen. In England, Amerika und Deutschland sind die Kliniken vor allem dadurch verkleinert worden, dass man sie für Akutkranke eingerichtet und die Chronischkranken aus ihnen entfernt hat.

In *England* waren für die Chronischkranken Tageskliniken, geschützte Werkstätten und ärztlich betreute Heime in den Gemeinden vorgesehen. Nach den Angaben von Sedgwick¹ (S. 193) sind diese Einrichtungen bisher aus Geldmangel bei weitem nicht in genügendem Mass realisiert worden. Aus den Kliniken entlassene Chronischkranke werden nicht weiterbehandelt.

delt und führen isoliert und ohne Beschäftigung ein Dasein des Ausgestossenseins in der Freiheit. In den *USA* wurden rund 600 Community Mental Health Centers eingerichtet, um die ausfallenden Klinikbetten zu ersetzen. Viele Untersuchungen haben aber gezeigt, dass solche Zentren den schweren und chronischen psychischen Krankheiten nicht gewachsen sind. Sie betreuen vor allem «psychotherapiefähige» Kranke und nur wenige chronische Schizophrene oder Alterskranke. Die ehemaligen Chronischen der Kliniken fallen durch dieses Betreuungsnetz. Dafür sind zahlreiche private Heime entstanden, welche psychisch Chronischkranke aufnehmen und sie ohne Arbeits- und Milieuthérapie dahinvegetieren lassen. Ehemalige Patienten, die, ihre Habe in einem Plastiksack mit sich tragend, in den Strassen herumziehen, sind so aufgefallen, dass sich eine Bürgerrechtsbewegung zu ihren Gunsten gebildet hat^{19, 2} (S. 211 ff.).

In *Deutschland* gibt es heute in Heimen annähernd ebensoviele psychiatrische Patienten wie in Kliniken. Vergleiche von Chronischkranken in Heimen mit denjenigen, welche in der Klinik geblieben sind, zeigt, dass die ersteren weniger Ausgang, weniger Kontakt mit Angehörigen und einen eintönigeren Tageslauf mit vielen Verboten haben. Es geht den Heimpatienten also schlechter. Sie haben weniger persönlichen Besitz, sind unbeschäftigt, und sie verlieren die Hoffnung, sich wieder ins normale Leben integrieren zu können. *Hospitalismus kommt nicht nur im Spital vor, sondern auch in Heimen oder Familien, in welchen Chronischkranke ohne Aufgaben und Anregung leben*²⁰.

In *Italien* verfallen die Spitäler, in denen die allmählich aussterbenden Langzeitpatienten verblieben sind. Die extramuralen Einrichtungen, soweit überhaupt vorhanden, behandeln Schwerkranke, Alterskranke und Süchtige nicht oder ungenügend. Die Hauptlast der Reform scheint von den Familien getragen zu werden¹ (S. 241). Nur begüterte Familien können ihre Kranken in teuren Privatsanatorien unterbringen.

Eine Verkleinerung oder Aufhebung der psychiatrischen Kliniken ohne den Aufbau genügender extramuraler Einrichtungen, welche fähig und bereit sind, sich mit unattraktiven, alten und chronischen Patienten abzugeben, führt zu einer neuen Deklassierung der letzteren.

Nutzen und Schaden der Antipsychiatrie

Diese hat mitgeholfen, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf eine vernachlässigte, verarmte und dadurch unmenschlich gewordene Spitalpsychiatrie zu lenken. Zusammen mit wirtschaftlichen Veränderungen, mit der Entdeckung der Psychopharmaka und mit dem in der Nachkriegszeit aufkommenden Interesse an allen Arten von Minderheiten hat die Anti-

psychiatrie dazu beigetragen, dass in vielen Ländern die psychiatrischen Kliniken verkleinert werden konnten und die mittlere Aufenthaltsdauer sich gewaltig verkürzte – wobei allerdings die Zahl der Wiederaufnahmen ebenfalls anzusteigen pflegt. (In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich werden 80 % aller Aufgenommenen innerhalb von drei Monaten, 50 % innerhalb von vier Wochen und 20 % innerhalb von einer Woche entlassen.) Dass diese Veränderungen allerdings nur dann einen Fortschritt bedeuten, wenn die extramurale Psychiatrie genügend ausgebaut wird, wurde oben gezeigt.

Nachteilig ist es aber, wenn die Rezeption der antipsychiatrischen Ideen dazu führt, dass die Existenz von transkulturell und im historischen Ablauf konstant auftretenden Geisteskrankheiten geleugnet wird. Nachteilig ist es auch, wenn der heutige Intellektuelle die Veränderungen der psychiatrischen Kliniken nicht zur Kenntnis nimmt, die medikamentöse Behandlung von Geisteskranken verdammt ohne andere Hilfen anbieten zu können, und wenn er als Stimmbürger bereit ist, psychiatrische Kliniken ersatzlos zu schliessen oder ihnen die finanzielle Grundlage immer stärker zu entziehen – wozu ihn eine unheilige Allianz von aussen links und aussen rechts verführen will. Eine Schliessung der psychiatrischen Kliniken ist aus zwei Gründen falsch:

a) Als Alternative zu den psychiatrischen Kliniken werden kleine psychiatrische Abteilungen in Allgemeinspitälern propagiert. Die Untersuchung einer solchen Entwicklung in Worcester (Mass.) zeigt mit aller Deutlichkeit, dass schwer erregte, tätliche, laute und unreinliche Kranke dort nicht getragen werden können oder dann ein Ausmass an medikamentöser Ruhigstellung brauchen, auf welches der Ausdruck «chemische Zwangsjacke» zutrifft²¹. Die psychiatrische Klinik bietet dagegen mehr «Auslauf», mehr Platz und dank ihrer Arbeits- und Ergotherapie einen strukturierten Alltag. Dadurch spart sie Medikamente. Sie kann ihre Patienten sozial rehabilitieren, den Austritt vorbereiten und den Familien unter Umständen eine Pause gewähren, welche die Voraussetzung für eine Wiederaufnahme des Patienten bei seinen Angehörigen ist.

b) Weiter zeigt sich, dass auch in Gebieten, in welchen alle extramuralen psychiatrischen Einrichtungen gut ausgebaut sind, eine Gruppe «neuer» Langzeitpatienten entsteht, welche zu gestört und zu störend ist, um ausserhalb der Klinik eine bleibende Statt zu finden²². Die psychiatrische Klinik hat eine bestimmte, bisher von keiner anderen Instanz in gleicher Art wahrgenommene therapeutische Funktion. Dazu ist sie aber auch Asyl und sollte dazu stehen. Eine Trennung von Therapiestelle und Asyl führt sehr rasch zu einer Verschlechterung der Bedingungen der Asylierten, denn die Be-

schäftigung mit Chronischkranken bringt wenig Prestige, und Investitionen für chronisch Psychischkranke sind beim Stimmbürger wenig populär.

Abgesehen davon, dass das antipsychiatrische Gedankengut beim rezipierenden Intellektuellen eine ungerechtfertigte, summarische Ablehnung der psychiatrischen Kliniken und ihrer Behandlungsmethoden hervorrufen kann, hat es derzeit noch eine zweite negative Wirkung: die Kritik bleibt auf die Kliniken konzentriert. Alle psychiatrischen «Pressuregroups» konzentrieren sich auf die Rechte der Patienten. *Sie haben nicht wahrgenommen, dass sich die Opfer der heutigen Psychiatrie nicht mehr in den Kliniken befinden: es sind die Alterskranken, die chronischen Schizophrenen und die Süchtigen, welche ausserhalb der Kliniken in Gefahr sind, mangels adäquater Behandlung zu verkommen.*

Diese Ausführungen stützen sich vor allem auf die Bücher von Sedgwick¹ und Wing². Des ersten Autors Hauptverdienst ist die ausführliche und genaue Darstellung antipsychiatrischen Gedankenguts (Laing, Foucault, Szasz), und die Beschreibung der Irrwege einer Psychiatriepolitik, welche Kliniken ablehnt, aber keinen Ersatz dafür schafft. Wing, einer der bedeutendsten klinischen Psychiater Englands, stellt mit vorbildlicher Klarheit den Zusammenhang zwischen dem Fehlen einer zuverlässigen und gültigen Diagnostik und der Unmenschlichkeit der Psychiatrie dar. Sein Buch ist eine Einführung in die Psychiatrie für den Laien auf hohem Niveau (der Titel der deutschen Übersetzung wird dem ursprünglichen Inhalt allerdings weniger gerecht als der ursprüngliche: «Reasoning about Madness»).

¹ Sedgwick, P.: *Psycho Politics*, Pluto Press 1982. – ² Wing, J. K.: *Sozialpsychiatrie*, Springer Verlag 1982 (Engl. «Reasoning about madness», Oxford Univ. Press.). – ³ Lemert, E. M.: *Social Pathology*, McGraw-Hill 1951. – ⁴ Scheff, T.: *Being mentally ill*, Aldine 1966. – ⁵ Goffman, E.: *Asylums*, 1961. – ⁶ WHO: *The International Pilot Study of Schizophrenia*, WHO 1973. – ⁷ Zerbin-Rüdin, E.: *Nervenarzt* 51, 379–391 (1980). – ⁸ Basaglia, F.: *Die negierte Institution*, Suhrkamp 1971. – ⁹ Hartung, K.: *Die neuen Kleider der Psychiatrie*, Rotbuch Verlag, Berlin 1980. – ¹⁰ Murphy, J. M.: *Science* 191, 1019–1025 (1976). – ¹¹ Westermeyer, J.: *J. Nerv. Ment. Dis.* 166 (1978), 168 (1980), *Am. J. Psychiat.* 137 (1980). –

¹² Ernst, K.: Persönliche Mitteilung. –

¹³ Girard de Cailleux: *L'inspection générale des aliénés*. J. Ackermann, Bulle 1895. – ¹⁴ Hall, J. u. a.: *Brit. J. Psychiat.* 137 (1980). – ¹⁵ Hirsch, S. R., Leff, J. P.: *Abnormalities in parents of schizophrenics*. Oxford Univ. Press 1975. – ¹⁶ Leonhard, F.: *City psychiatric*. The New English Library 1966. ¹⁷ Wing, J. K. u. a.: *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge Univ. Press 1970. – ¹⁸ Scull, A.: *Die Anstalten öffnen*. Campus 1980. – ¹⁹ Kunze, H.: *Nervenarzt* 48 (1977). – ²⁰ Kunze, H.: *Arch. W'sch. Prax. Soz. Arb.* Heft 3 (1979). – ²¹ Morrissey, J. u. a.: *The enduring asylum*. Grune and Stratton, 1980. – ²² Häfner, H.: *Psychol. Med.* 12, 177–190 (1982).